BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

PUBLIÉS PAR LES SOINS DU BUREAU :

MM. MOURE, *président;* POYET et WAGNIER, *vice-présidents;* CADIER, *trésorier;*
MM. JOAL, *secrétaire général;* MOUNIER, *secrétaire des séances.*

TOME XI



PARIS
J. RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1895

MEMBRES TITULAIRES FONDATEURS

MM. Archambault, 5, boulevard Béranger, Tours ;
Astier, 132, boulevard Malesherbes, Paris;
Albespy, rue d'Arpajon, Rodez;
Audubert, 86, rue Fondaudège, Bordeaux;
Beausoleil, 2, rue Duffour-Dubergier, Bordeaux;
Blanc, 8, rue Auber, Paris;
Botey, 12, Vergara, Barcelone ;
Bouyer, Cauterets;
Brémond, 12, rue d'Arcole, Marseille;
Cadier, 18, rue de l'Arcade, Paris;
Cartaz, 39, boulevard Haussmann, Paris;
Casadesus y Roquer, 1, calle del Conde de Asalto, Barcelone;
Castaneda, 3, Fuentarabia, Saint-Sébastien;
Castex, 3, avenue de Messine, Paris;
Délie, Ypres (Belgique);
Désarènes (G.), 95, rue des Petits-Champs, Paris;
Fauvel, 28, rue du Rocher, Paris;
Ferras, Luchon :
François, 7, rue de la Merci, Montpellier;
Furundarena y Labat, Tolosa (Espagne);
Garel, 17, rue de la République, Lyon ;
Gilles, 22, rue de Turenne, Paris;
Goureau, 2, rue de Châteaudun, Paris;
Guément, 11, place Gambetta, Bordeaux;
Hicguet, 24, rue Royale, Bruxelles ;
Jacquemart, 8bis, rue de la Buffa, Nice;
Joal, 17, rue Cambacérès, Paris;
Labus, 8, via Andrea, Milan;
Lacoarret, 36, rue Alsace-Lorraine, Toulouse;
Lamallerée (de), avenue des Cygnes (Vichy);
Lannois, 14, rue Saint-Dominique, Lyon;
Lavrand, 4, rue Gombert, Lille;
Lubet-Barbon, 10, place Delaborde, Paris;
Luc, 54, rue de Varennes, Paris;
Miot, 99, boulevard Haussmann, Paris;
Moure, 25bis, cours du Jardin-Public, Bordeaux ;
Natier, 69, rue de l'Université, Paris ;
Noquet, 36, rue Puebla, Lille ;
Polo, 7, rue Saint-Marceau, Nantes;
Poyet, 19, rue de Milan, Paris;
Ragonneau, 10, place Saint-Michel, Dijon;

MM. Raugé, Challes (Savoie);
Rougier, place Bellecour, Lyon;
Roulliès, Agen;
Rousseaux, 375, rue du Progrès, Bruxelles;
Schiffers, 26, boulevard Piercot, Liège;
Suarez de Mendoza (Ferdinand), Angers;
Vacher, 3, rue Sainte-Anne, Orléans;
Verdos, Barcelone;
Wagnier, 27, rue d'Inkermann, Lille.

MEMBRES TITULAIRES

MM. Augiéras, 44bis, rue Solferino, Laval;
Belliard, 36, rue Sainte-Hélène, Lyon;
Bonain, 61, rue Traverse, Brest;
Bouffé, 117, rue Saint-Lazare, Paris;
Boulay (Maurice), 8bis, avenue Percier, Paris;
Claoué, Toulouse;
Collin, rue de l'École-de-Médecine, Paris;
Combe, 87, boulevard Haussmann, Paris;
Danet, 19, rue Godot-de-Mauroi, Paris;
De la Varenne, Luchon;
Disbury, 6, rue Saint-Florentin, Paris;
Escat, 3, rue du Musée, Toulouse;
Fage, Amiens;
Furet, rue Bonaparte, Paris;
Gellé, 4, rue Sainte-Anne, Paris;
Guichard, 1, place de la Salamandre, Nîmes;
Guillaume, 22, rue des Tapissiers, Reims;
Hamon du Fougeray, 2, quai de l'Amiral-Lalande, Le Mans;
Helme, 43, rue de Rome, Paris;
Hélot, 7, rue Lemery, Rouen;
Herck, 1, place Voltaire, Paris;
Jacquin, 1, rue de la Tirelire, Reims;
Jouslain, 5, rue Scribe, Paris;
Labit, 22, boulevard Heurteloup, Tours;
Martin (Alfred), 25, rue Général-Foy, Paris;
Mendel, 53, rue Vivienne, Paris;
Milson, 15, rue Saint-Jacques, Marseille;
Molinié, 75, rue Saint-Jacques, Marseille;
Mounier, 9, rue de l'Isly, Paris;
Nogaro, 62, rue Cardinal-Lemoine, Paris;
Raoult, 4, rue de Serre, Nancy;
Renaud, Nancy;

MM. SIMONIN, 15, cours Jourdan, Limoges;
TEXIER, Nantes;
THOMAS, 27, rue Sylvabelle, Marseille;
VERGNIAUD, 29, rue Traverse, Brest;
WEISSMANN, 36, rue Général-Foy, Paris.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. ARESE, Bilbao;
BARCLAY BARON, 16, Whitlea Dies road, Clifton-Bristol;
BAUMGARTEN EGMONT, 11, Redoutengasse, Budapest;
BLONDIAU, 50, boulevard Audent, Charleroi;
BOEKE (J.), Beesi Utera, Budapest;
BOULET, Montréal;
BRONNER, Bradford;
CAPART, 5, rue d'Egmont, Bruxelles;
CHEVAL, 28, rue du Trône, Bruxelles;
CHIARI, 12, Belliarstrasse, Vienne;
CURTIS, 61, avenue Marceau, New-York;
DELSAUX, 116, chaussée Vleurgat, Bruxelles;
DELSTANCHE, 20, rue du Congrès, Bruxelles;
DUNDAS GRANT, 8, Upper Wimpole street, Londres;
EGGER, 58, rue Jacob, Paris;
EGIDI, 70, via de Fiekra, Rome;
FASANO, Naples; via Santa-Anna;
FICANO, 23, piazza Bologni, Palerme;
GORHAM BACON, 54, West street, New-York;
GRADENIGO, via dell' Università, Turin;
GREVILLE MACDONALD, 85, Harley street, Londres;
HAUG, 19, rue de Göthe, Munich;
HELLER, 9, Albrecht Dürerplatz, Nuremberg;
HERYNG, Varsovie;
HILL (W.), 24, Wimpole street, Londres;
HOPMANN, Cologne;
JURASZ, Heidelberg;
KAFEMANN, Kœnigsberg;
KAYSER (Richard), 11, Kœnigstrasse, Breslau;
KIRCHNER, 8, Hostrasse, Wurzburg;
KNIGHT, 377, Boylston street, Boston;
LAW (E.), 35, Harley street, Londres;
LENNOX BROWNE, 5, Mansfield street, Londres;
LICHTENBERG, 23, Palatingasse, Budapest;
LUBLINER, 5, Erynaniska, Varsovie;
MAC-BRIDE, 16, Chester street, Edimbourg;

MM. Macintyre, 179, Bath street, Glasgow;
Mackenzie (J.), Baltimore;
Masini, 8, via Palestro, Gênes;
Mayo Collier, 43, Weymouth street, Londres;
Meyerson, 1, rue Leszno, Varsovie;
Michael, Hambourg;
Milligan, 28, Saint-John street, Deanscale, Manchester;
Moll, 81, Steenstraat, Arnheim;
Mount Bleyer, 460, Lexington avenue, New-York;
Norris Wolfenden, 35, Harley street, Londres;
Onodi, 12, O'Uctza, Budapest;
Panzer, Policlinique générale, Vienne;
Polyak (Louis), 12, Deakgasse, Budapest;
Przedborski, Lodz (Pologne);
Rethi, 22, I. Schossenring, Vienne;
Roaldès (de), 224, Jackson avenue, Nouvelle-Orléans;
Roé, 28, North Clinton street, Rochester;
Sajous (Philadelphie), 28, rue de Madrid, Paris;
Scanes Spicer, 28, Welbech street, Londres;
Scheppegrell, 3723, Prytanea street, New-Orleans;
Schmidt (Moritz), Francfort-sur-Mein;
Schmiegelow, 18, Norregade, Copenhague;
Schmithuisen, Aix-la-Chapelle;
Secchi, 3, via Garibaldi, Bologne;
Sendziak (J.), 139, rue Marshratkowska, Varsovie;
Sokolowski, Varsovie;
Sterling, Madrid;
Strazza, Gênes;
Timowsky, 33, boulevard Dubouchaye, Nice;
Tsakyroglous, 89, rue des Roses, Smyrne;
Wagner (Henry), 506, Sutter street, San Francisco;
Weill (E.), Stuttgard;
Whistler, 17, Wimpole street, Londres.

STATUTS ET RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Revisés en Assemblée générale (Mai 1892).

BUT ET COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ

Article premier. — Il est fondé à Paris une Société ayant pour but l'étude et les progrès des sciences médicales concernant spécialement les maladies de l'oreille, du larynx, du nez et des organes connexes.

Art. 2. — Cette Association prend le nom de « Société Française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie ».

Art. 3. — La Société se compose de membres fondateurs, de membres titulaires, de membres correspondants étrangers et de membres honoraires.

Art. 4. — Les membres fondateurs *français* ou *étrangers*, au nombre de 50, dont les noms suivent les statuts, ont *tous* le titre de membres *titulaires fondateurs* de la Société.

Art. 5. — Le nombre des membres titulaires est illimité ; celui des correspondants étrangers et honoraires est également illimité.

Art. 6. — Pour être nommé membre titulaire, il faut :

1° Être Français ;

2° Être docteur en médecine d'une Faculté française;

3° Résider et exercer en France ;

4° Adresser au Président de la Société une demande écrite apostillée par deux membres titulaires, accompagnée d'un mémoire manuscrit ou de tout autre travail inédit, sur les matières dont s'occupe

la Société. Un rapport sera fait sur ce travail par une Commission composée de trois membres.

L'admission aura lieu au scrutin secret à la majorité des trois quarts des membres présents et du quart des membres français inscrits.

Art. 7. — Les membres correspondants étrangers seront choisis parmi les médecins s'étant fait connaître par leurs travaux sur la spécialité. Ils devront adresser au Président de la Société une demande écrite avec l'exposé de leurs titres scientifiques ou autres.

Un rapport sera fait sur les titres du candidat par une Commission composée de trois membres, et l'admission aura lieu à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 8. — Pourront être nommés membres honoraires : 1o les titulaires ayant au moins quinze ans de titulariat et qui en feront la demande; 2o les médecins éminents s'étant distingués par leurs publications sur l'Otologie, la Laryngologie et la Rhinologie.

Le titre de membre honoraire sera accordé en séance générale sur l'avis favorable d'une Commission de cinq membres désignée à cet effet. La nomination aura lieu à la majorité absolue des membres présents.

Art. 9. — Les membres titulaires ont seuls voix délibérative; seuls ils peuvent faire partie du Bureau ou des Commissions et prendre part aux élections.

Art. 10. — Toutes les élections auront lieu au scrutin secret.

ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ

Art. 11. — La direction des travaux de la Société est confiée à un Bureau composé d'un Président, de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire général, d'un Trésorier, de un ou de deux Secrétaires de séance.

Art. 12. — Le Président, les Vice-Présidents et le Secrétaire des séances sont nommés pour un an. Le Secrétaire général et le Trésorier sont nommés pour trois ans.

Chaque année, le premier Vice-Président devient de droit Président, et le deuxième Vice-Président passe premier Vice-Président pour arriver à son tour à la Présidence.

Art. 13. — Tous les membres du Bureau sont rééligibles, une fois leurs fonctions expirées.

Art. 14. — Sur la proposition du Bureau, pourra être nommé, pour la durée de chaque session, un Président honoraire choisi parmi les membres étrangers assistant à la réunion annuelle.

Art. 15. — Le Bureau représente la Société dans tous les actes de la vie civile. Toutes ses fonctions sont gratuites.

ASSEMBLÉE ET TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

Art. 16. — La Société se réunit une fois par an.

Art. 17. — Les travaux de la Société sont réunis en Bulletin et publiés le plus tôt possible après la session, par les soins du Bureau remplissant les fonctions de Comité de publication.

Art. 18. — Les ressources de la Société se composent : 1° du droit d'admission à la Société ; 2° du droit de diplôme de membre correspondant étranger ; 3° des allocations, dons et legs faits à la Société ; 4° de la vente des Bulletins.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 19. — La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

Art. 20. — Aucune proposition importante ne peut être discutée ou adoptée si elle n'est, au préalable, mise à l'ordre du jour de la séance.

Art. 21. — Toute modification apportée aux Statuts devra être formulée par écrit et signée par dix membres au moins.

Art. 22. — La dissolution, la fusion ou toute autre modification apportée à la manière d'être de la Société, ne pourra être votée qu'après avoir été mise à l'ordre du jour, dix jours au moins avant la session annuelle. Le vote ne sera valable que *s'il est fait en séance*, et à la majorité des trois quarts des membres présents représentant au moins la majorité des membres titulaires *français* inscrits.

Art. 23. — En cas de dissolution, fusion, etc., etc., il sera statué par la Société sur l'emploi et la destination des biens fonciers, livres, etc., lui appartenant.

Art. 24. — Nul changement ne pourra être apporté aux présents Statuts sans l'approbation du gouvernement.

RÈGLEMENT

ATTRIBUTIONS DU BUREAU

Article premier. — La Société, hors de ses séances, est représentée par le Bureau.

Art. 2. — Le Président dirige les Assemblées, recueille les suffrages, proclame les décisions de la Société; il nomme, avec les autres membres du Bureau, les Commissions chargées des rapports.

Art. 3. — Le Président, en cas d'absence, est remplacé par l'un des Vice-Présidents, ou à leur défaut par le doyen d'âge des membres titulaires présents.

Art. 4. — Le Secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque séance; il est chargé de la correspondance manuscrite ou imprimée; il signe les lettres écrites au nom de la Société et ses délibérations; il est chargé de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et de surveiller la publication des Bulletins de la Société; il doit faire chaque année un compte rendu des travaux communiqués. En cas d'absence, il est remplacé par l'un des Secrétaires des séances.

Art. 5. — Le Secrétaire des séances est chargé d'aider le Secrétaire général dans la rédaction des procès-verbaux de chaque séance, et la préparation des ordres du jour.

Art. 6. — Le Trésorier est chargé de la comptabilité; il paie les mandats visés par le Président et le Secrétaire général, reçoit les cotisations, rend chaque année à la Société un compte détaillé de sa gestion.

DES SÉANCES

Art. 7. — Les séances de la Société ont lieu tous les ans à Paris du 1er au 15 mai. La date exacte est fixée trois mois à l'avance par le Bureau.

Elles sont publiques.

Art. 8. — Une réunion supplémentaire pourrait être convoquée dans le courant de l'année par le Bureau.

Art. 9. — Lorsqu'un membre correspondant étranger assiste à la séance, le Président en informe la Société et mention en est faite au procès-verbal.

Art. 10. — Les travaux de la Société ont lieu dans l'ordre suivant :
1° Lecture et adoption du procès-verbal;
2° Correspondance;
3° Présentation de malades;
4° Lecture de Rapports;
5° Communications à l'ordre du jour;
6° Présentation d'instruments et de pièces anatomiques.

Art. 11. — Le Président peut, après avoir consulté l'Assemblée, intervertir l'ordre de ses travaux.

Art. 12. — Tout membre ne faisant pas partie de la Société ne pourra faire de lecture qu'après en avoir fait la demande. Son travail ne pourra pas être discuté.

Art. 13. — Les ouvrages imprimés ou les mémoires inédits envoyés à la Société pourront être l'objet d'un rapport verbal ou écrit.

Art. 14. — Les Commissions chargées de rapports écrits seront composées de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux seront faits par un seul rapporteur.

Art. 15. — Tout rapport peut être discuté avant d'être mis aux voix. Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 16. — Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité; mais si la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, ces dernières seraient d'abord mises aux voix.

Art. 17. — Toute discussion une fois ouverte ne peut être fermée que de deux manières : ou parce qu'on ne demande plus la parole, ou parce que la Société consultée demande la clôture et l'ordre du jour.

Art. 18. — Toute digression étrangère à l'objet de la discussion est interdite. Le Président rappellerait à l'ordre quiconque s'éloignerait de la question mise en discussion.

Art. 19. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit en français et ne pourra excéder dix pages du Bulletin de la Société, sauf l'assentiment du Bureau.

Il doit être adressé au Secrétaire général, ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu la lecture.

Le Secrétaire général est responsable des mémoires déposés. Il ne peut s'en dessaisir.

Art. 20. — Tout mémoire lu en l'absence de l'auteur ne peut être soumis à la discussion.

Art. 21. — Aucune addition ou modification, les fautes de typographie et de linguistique exceptées, ne pourra être apportée aux mémoires par leurs auteurs, après communication à la Société.

Art. 22. — Une note sur les communications orales sera remise au Secrétaire huit jours au plus après la séance; faute de quoi, il pourra être passé outre sur ces communications dans le procès-verbal.

Art. 23. — Toute modification à un travail, jugée nécessaire et proposée par le Comité, ne pourra être faite sans l'autorisation de l'auteur; mais le Comité a le droit d'y mettre une note justifiant de l'entière liberté laissée à l'auteur.

Art. 24. — Une épreuve des mémoires à insérer sera envoyée à l'auteur, sur sa demande, pour recevoir ses corrections.

COMITÉ SECRET

Art. 25. — Chaque membre titulaire a le droit de provoquer un Comité secret; il adresse à cet effet au Président de la Société une demande écrite et motivée, appuyée par deux autres membres. Le Bureau, consulté, accorde ou refuse le Comité secret.

Art. 26. — Sauf le cas d'urgence, les membres de la Société sont avertis par lettre de la formation de ce Comité.

RESSOURCES DE LA SOCIÉTÉ

Art. 27. — Les ressources de la Société se composent : 1° du produit des cotisations des membres titulaires fixées à 15 francs; 2° du droit de diplôme des membres correspondants étrangers fixé à 15 francs; 3° du montant de la vente des Bulletins.

Art. 28. — Les membres honoraires ne sont soumis ni aux droits ni à la cotisation annuelle.

Art. 29. — Tout membre qui n'aura pas acquitté le montant de sa cotisation annuelle six mois après en avoir été mis en demeure par le Trésorier recevra successivement deux avertissements officiels signés par le Président. Si ces avertissements restent sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra de ce fait ses droits à la propriété des objets ou valeurs appartenant à la Société.

Art. 30. — Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le Trésorier.

Art. 31. — Les frais de publication des Bulletins, de bureau, d'administration, de location de la salle des séances, etc., etc., seront acquittés par le Trésorier sur le visa du Président ou d'un des Vice-Présidents.

PUBLICATIONS

Art. 32. — Le Bureau remplissant les fonctions de Comité de publication dirige la publication des Bulletins et Mémoires de la Société. Il s'entend avec les auteurs pour les modifications, coupures ou suppressions qui paraissent opportunes.

Ses décisions sont sans appel.

Art. 33. — Les frais de gravures, tableaux et généralement tous les frais de composition supplémentaire qui ne sont pas compris dans les conventions passées avec l'éditeur, seront supportés par les auteurs, à moins que la Société ne décide, sur la proposition du Bureau, de prendre ces frais à sa charge.

DROITS DES MEMBRES

Art. 34. — Tous les membres de la Société, titulaires et honoraires, recevront gratuitement les publications de la Société.

Les membres correspondants sont tenus de s'abonner aux Bulletins et Mémoires moyennant le prix de 8 francs.

Art. 35. — Les membres correspondants qui assistent à une réunion ont voix consultative dans les délibérations.

Art. 36. — Les membres titulaires seuls ont droit à la propriété des valeurs ou objets appartenant à la Société.

ÉLECTIONS

Art. 37. — Les élections du Bureau ont lieu dans la première séance annuelle de la Société.

Art. 38. — Dans cette même séance sont nommées les Commissions chargées de faire des rapports sur les titres des candidats et de dresser la liste de présentation.

Art. 39. — Le rapport est lu devant le Bureau réuni en Comité secret et discuté séance tenante.

Le vote a lieu publiquement dans la séance suivante, et n'est valable que si douze membres titulaires au moins y prennent part.

Art. 40. — Les Statuts et Règlement ainsi que la liste des membres de la Société sont publiés chaque année en tête des Bulletins et Mémoires.

REVISION DU RÈGLEMENT

Art. 41. — Toute proposition tendant à modifier le Règlement devra être signée par quinze membres, déposée sur le bureau, renvoyée à une Commission de cinq membres. Le rapport sera lu et discuté en Comité secret avant l'ouverture de la séance suivante. Le vote aura lieu après la clôture de la discussion et la proposition ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des membres présents.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Séance du 1er mai.

Présidence de M. Moure.

M. le Président adresse des remercîments à ses collègues. Il est heureux de constater la prospérité toujours croissante de la Société.

Le Secrétaire général souhaite la bienvenue aux nouveaux membres.

« J'ai, par contre, dit M. Joal, à déplorer la perte d'un de nos plus jeunes et plus actifs collègues, le Dr Félix Chabory, qui, à peine âgé de vingt-huit ans, a été emporté en quelques jours par une fièvre typhoïde.

» Chabory s'était surtout occupé de questions rhinologiques. Dans sa thèse inaugurale il avait étudié « l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire », puis avait publié des mémoires sur « l'anémie nasale », sur « les troubles digestifs consécutifs aux maladies du nez ».

» Qu'il me soit permis d'ajouter que j'ai personnellement perdu un ami sûr et un excellent confrère au Mont-Dore. »

M. Cadier, trésorier, expose la situation financière de la Société.

Élection du Bureau.

Sont nommés : *vice-président*, M. Wagnier; *secrétaire annuel* : M. Mounier.

MM. Cadier et Joal sont maintenus dans les fonctions de trésorier et de secrétaire général.

M. Joal annonce qu'il a reçu des lettres de candidature.

Au titre de membres titulaires :

M. Augieras (de Laval), présenté par MM. Natier et Herck.

MM. Claoué (de Toulouse), Simonin (de Limoges), Guichard (de Nîmes), présentés par MM. Moure et Lacoarret.

MM. Escat (de Toulouse), Hélot (de Rouen), Texier (de Nantes), Furet (de Paris), Boulay (de Paris), présentés par MM. Lubet-Barbon et Martin.

M. Danet (de Paris), présenté par MM. Poyet et Joal.

MM. Fage (d'Amiens), Jouslain (de Paris); présentés par MM. Moure et Joal.

M. Disbury (de Paris), présenté par MM. Mendel et Joal.

M. de la Varenne (de Luchon), présenté par MM. Helme et Joal.

M. Renaud (de Nancy), présenté par MM. Gellé et Herck.

M. Collin (de Paris), présenté par MM. Cartaz et Helme.

Au titre de membres correspondants étrangers :

MM. Milligan (de Manchester), Ficano (de Palerme), Rethi (de Vienne), Panzer (de Vienne), Meyerson (de Varsovie), Henry Wagner (de San Francisco), Scheppegrell (de la Nouvelle-Orléans), Richard Kayser (de Breslau), Kirchner (de Wurzburg), Heller (de Nurenberg), E. Weill (de Stuttgart), Tsakyroglous (de Smyrne), Delsaux (de Bruxelles), Egger (de Genève), présentés par MM. Moure et Joal.

MM. Blondiau (de Charleroi), Mount Bleyer (de New-York), présentés par MM. Natier et Herck.

Une commission composée de MM. Herck, Lacoarret et

Luc est nommée par le Président à l'effet d'examiner les titres des candidats et de faire un rapport sur les mémoires adressés à la Société.

M. Moure annonce que M. Moll (d'Arnheim) assiste à la séance.

M. Dundas Grant (de Londres) est appelé par acclamation à la présidence d'honneur.

La parole est ensuite donnée aux rapporteurs pour la lecture de leurs travaux :

DES BOURDONNEMENTS D'OREILLE

Par les Drs MIOT et HERCK (de Paris).

Pour résoudre d'une façon aussi simple que possible, et sans nous perdre dans d'oiseux détails, une question aussi complexe, aussi immense que celle qui nous a été confiée, nous croyons devoir commencer notre travail par une division, une classification des bourdonnements d'oreille. A cet effet, nous avons examiné avec soin toutes les divisions données jusqu'à ce jour par les otologistes qui se sont occupés de la question, et n'ayant pas trouvé une solution complète, n'ayant pas pu faire rentrer dans les divers cadres proposés toutes les sortes, toutes les espèces de bourdonnements que nous sommes appelés à traiter, nous avons cherché à établir de grandes lignes qui remplissent mieux le but à atteindre, conscients de la difficulté de notre entreprise et de l'impossibilité presque absolue de la résoudre à notre honneur.

Laissant de côté la définition du bourdonnement d'oreille et ses diverses formes qui ont engagé quelques otologistes à classer les bourdonnements en bruits musicaux, bruits de vagues, bruissements, sifflements, etc., nous ferons d'abord la distinction entre : les bruits qui se passent, qui existent réellement dans l'oreille ou dans son voisinage, bruits

entotiques ou périotiques ; et les bourdonnements proprement dits, purement subjectifs qui sont des sensations auditives sans cause apparente acoustique actuelle. Nous serons ensuite amenés à faire des classifications que le tableau ci-contre résume clairement :

I. *Bourdonnements ou bruits subjectifs et objectifs à la fois, bruits réels périotiques ou entotiques, perceptibles ordinairement par le médecin comme par le malade.*

II. *Bourdonnements proprement dits; sensations auditives sans cause apparente acoustique actuelle.*	1° Bourdonnements dus à une lésion de l'appareil auditif.	*a*) Bourdonnements dans les maladies de l'oreille externe.
		b) Bourdonnements dans les maladies de l'oreille moyenne.
		c) Bourdonnements dans les maladies de l'oreille interne.
	2° Bourdonnements compatibles avec l'intégrité de l'appareil auditif.	*d*) Bourdonnements dans les maladies nerveuses.
		e) Bourdonnements dans les maladies mentales.
		f) Bourdonnements dus à une affection organique quelconque ou bourdonnements réflexes.

S'il est reconnu par tous les otologistes que le traitement exclusif des bourdonnements est trop souvent inutile, il n'est pas moins admis que le meilleur moyen d'agir sur eux d'une manière efficace est encore de bien connaître leur cause réelle. On y parvient plus fréquemment qu'on ne le croit en s'attachant particulièrement à étudier les moyens anamnétiques et à noter, avec le plus grand soin, les résultats fournis par l'exploration de l'oreille et de l'organisme tout entier.

La cause étant connue, on essaie de la supprimer en traitant l'affection initiale ; c'est-à-dire celle de l'oreille moyenne, du rhino-pharynx, des divers organes ou appareils dont l'action sur l'oreille est manifeste. Ce traitement n'empêche pas d'employer divers moyens accessoires, exerçant dans plusieurs cas un certain effet.

En général les sensations sonores dont la tonalité varie ou qui cessent par moments sont plus faciles à faire disparaître que celles qui sont venues progressivement et ont augmenté la surdité.

Les bruissements sont très souvent rebelles à tout traitement quand ils ne reconnaissent pas pour cause une affection de l'oreille externe.

Les battements sont plus faciles à modifier s'ils ne sont pas dus à une artério-sclérose ou à un anévrisme.

Des bourdonnements accompagnés de troubles psychiques, d'hallucinations de l'ouïe, résistent souvent à tout traitement.

Moyens généraux. — Quel que soit le traitement adopté, il y a des données générales qu'il ne faut jamais perdre de vue. La première indication à remplir, souvent la plus importante, est de placer le malade dans de bonnes conditions hygiéniques, en éloignant toutes les causes susceptibles de surexciter les fonctions du système nerveux et de l'appareil circulatoire.

On aura soin de tenir compte de l'état des divers organes malades exerçant une action plus ou moins énergique sur l'oreille et de lui opposer le traitement approprié. Enfin, en améliorant l'état général, on mettra le malade dans les meilleures conditions possibles pour supporter avec fruit un traitement dirigé contre les sensations sonores qui font le sujet de ce rapport.

I

Bruits entotiques ou périotiques. — Ces bruits qui sont ordinairement perceptibles par le médecin comme par le malade sont dus à diverses causes que nous ne pouvons qu'énumérer : c'est le courant sanguin (carotide, artère auditive interne, veines jugulaires, sinus latéral); ou bien ce sont des contractions musculaires (muscle tenseur de la membrane, muscle de l'étrier); enfin ce sont des mouvements de la membrane du tympan, des parois tubaires, ou

des déplacements du mucus amassé dans la caisse. La perception de ces bruits est favorisée par tous les agents qui renforcent la résonance de l'oreille, et par l'état d'hyperesthésie du nerf auditif.

Le traitement des bruits entotiques sera donné dans le cours de notre travail quand nous parlerons des diverses parties de l'appareil auditif où ils se produisent. Quant aux bruits périotiques (bruit dans l'articulation temporo-maxillaire, bruit de diable dans la chlorose, l'anémie), leur cause même indique le traitement à faire suivre.

II

a) Bourdonnements liés a une affection de l'oreille externe. — Parmi les affections du pavillon et du conduit les premières sont bien rarement la cause de sensations sonores. Il faut, pour qu'il en soit ainsi, que le conduit soit obstrué comme dans certains othématomes. Il est facile de supprimer ou d'atténuer suffisamment la cause par le traitement approprié, en rendant le conduit suffisamment béant pour voir cesser ce symptôme. Dans divers états du conduit auditif externe il se produit des bourdonnements :

1° Par l'hypérémie des tissus mous du conduit et du tympan ou des actions réflexes sur les muscles de l'oreille moyenne, sur les rameaux du nerf auditif, etc. Tels sont les corps étrangers qu'il est facile d'extraire au moyen d'instruments ou d'injections auxquelles on a l'habitude de donner une pression assez forte. Sans vouloir médire de la pression imprimée au courant, nous nous permettons de dire qu'elle peut être la cause d'accidents mortels, ainsi qu'il résulte d'une observation du Dr Miot publiée dans la *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie* ;

2° Par l'oblitération ou l'hypérémie du conduit, par la pression qu'ils exercent sur le tympan et par suite sur la périlymphe, et probablement par des actions réflexes sur le labyrinthe. Tels sont les bouchons de cérumen et les amas épithéliaux, qu'il est facile de modifier par des instillations

d'eau bouillie ou antiseptiques ou caustiques, et d'expulser par des injections plus ou moins abondantes;

3° D'autres plus nombreux par l'inflammation plus ou moins vive des tissus et probablement une action réflexe sur l'oreille interne. Telles sont les diverses otites circonscrites (furonculeuse, parasitaire) ou diffuse : otite externe diffuse, syphilitique (condylomes), diphtéritique, dont on obtient la guérison au moyen d'instillations antiseptiques ou caustiques et d'injections d'eau bouillie pure ou boriquée. On y ajoute un traitement général variant suivant les cas.

b) Bourdonnements dus a une affection de l'oreille moyenne. — *a*) Cavité tympanique; — *b*) trompe d'Eustache; — *c*) tympan.

a) Dans des affections nombreuses de la cavité tympanique et de la trompe il y a des bourdonnements qui peuvent dépendre :

1° *D'un état inflammatoire de la muqueuse susceptible de produire dans quelques cas une hypérémie du labyrinthe.*

On modifie avantageusement l'hypérémie inflammatoire par les réfrigérants et les émissions sanguines. Tout en reconnaissant les bons effets du froid, nous ne pouvons passer sous silence celui des émissions sanguines même faibles. C'est ainsi que nous avons vu bien souvent, dans divers états aigus très douloureux de l'oreille, les bourdonnements et les douleurs diminuer ou cesser en très peu de temps, sous l'influence d'une émission sanguine provoquée par une sangsue ou deux. Par conséquent, nous nous demandons pourquoi on délaisse tant aujourd'hui ce moyen si efficace. Concurremment avec ces antiphlogistiques on fait dans l'oreille moyenne, à l'aide du cathéter, des insufflations d'air ou de vapeur d'eau pure ou mélangée à des principes médicamenteux.

On a soin, en même temps, d'évacuer la collection purulente, si elle s'est formée dans la caisse ou les cellules, en se conformant aux indications du cas;

2° *D'un état muqueux subaigu ou chronique (catarrhe*

de la plupart des auteurs) avec ou sans obstruction de la trompe.

On rétablit la perméabilité de la trompe, si c'est nécessaire, par des insufflations d'air précédées d'instillations ou d'injections faites avec la sonde; et l'on facilite la résorption des produits sécrétés, au moyen d'insufflations d'air mélangé ou non à des vapeurs médicamenteuses, pratiquées dans l'oreille moyenne; ou encore on fait évacuer cette collection par une incision du tympan si des insufflations médicamenteuses ou d'air, des lavages de la trompe et de la caisse au moyen de la sonde, n'ont pas produit le résultat cherché.

Dans les cas de bourdonnements produits par un rétrécissement ou une oblitération de la trompe on a eu recours à l'emploi des bougies (Saissy, Allard, Itard, Gairal, Deleau, Bonnafont, Hubert-Valleroux...) ; on a détruit le tissu cicatriciel par la galvanocaustique chimique (Baratoux, Garrigou-Désarènes, Mercier, Gellé, Miot...). On est même allé jusqu'à conseiller l'emploi d'une sonde à dard (Saissy) pour perforer l'obstacle quand il existe une oblitération de la trompe. Hors les cas modifiables par les moyens simples et le traitement général (syphilis), il n'y a guère à compter sur la galvanocaustique et à plus forte raison sur la sonde à dard dans les rétrécissements prononcés ou les oblitérations de la trompe. Aussi a-t-on conseillé avec juste raison de créer une perforation dans le tympan et de la maintenir permanente. Ce dernier résultat ne paraîtrait pas très facile à atteindre si l'on en jugeait par les nombreux procédés (Scarpa, Valsalva, Saissy, Itard, Richerand, Deleau, Wreden, Simrock, Kessel, Sexton, Lucae). A ces procédés Miot préfère celui qu'il indique dans ses remarques sur la perforation artificielle du tympan, bien que celui de Wreden lui ait donné parfois de bons résultats;

3° *D'un état chronique avec excès de sécheresse de la muqueuse (otite moyenne sèche, sclérose).*

Contre l'otite moyenne sèche on a conseillé divers modes de traitement sans en trouver un qui soit curatif. Parmi les plus actifs, on peut indiquer :

1° Les pressions centripètes au moyen du masseur de Delstanche ou d'une poire et d'un embout auriculaire qui augmentent très exceptionnellement les bourdonnements, les diminuent momentanément dans la plupart des cas et les font cesser d'une manière durable chez quelques malades (Bronner);

2° Les insufflations et les injections médicamenteuses dans l'oreille moyenne, parmi lesquelles la solution d'iode dans la vaseline liquide est peut-être la plus active;

3° Des onctions avec des pommades résolutives, excitantes, des révulsifs comme les vésicatoires volants, les pointes de feu dont l'action est assez fréquemment incontestable, mais de trop peu de durée.

On emploie aussi avec un résultat plus ou moins durable le courant galvanique suivant la méthode de Brenner ou de Benedict; parfois même on alterne le courant faradique avec le courant galvanique (Bénédict). Si les résultats de Brenner sont plus nombreux que ceux de Schwartze, Schultz, Bénédict, Bezold, Erb, moins convaincus que Brenner, il n'en est pas moins vrai, d'après notre observation personnelle, que l'on possède avec le galvanisme un moyen précieux pour agir d'une manière temporaire ou durable sur les bruits subjectifs. C'est ainsi que nous avons fait cesser souvent des bourdonnements dus à des états subaigus de l'oreille moyenne, à des otorrhées ou à certaines surdités nerveuses.

Enfin si les bourdonnements paraissent dépendre d'un relâchement ou d'une tension de synéchies du tympan, d'une rétraction d'un repli muqueux ou d'un tendon, de synéchies, d'une ankylose vraie ou fausse, on essaie par diverses opérations de diminuer ou de supprimer l'état pathologique; c'est ainsi que l'on pratique dans ces cas :

La perforation artificielle du tympan (Ashley Cooper, Himby, Michaelis Hunold, Itard);

La myringectomie (Bonnafont, Toynbee, Fabrice);

La dissection des adhérences (Toynbee, Trœltsch, Schwartze);

La section de la poche postérieure (Politzer, Lucae);

La section de la poche antérieure (Trœltsch);

La ténotomie du muscle tensor tympani (Weber Liel, Gruber, Franck, Turnbull);

La ténotomie du muscle de l'étrier (Kessel, Urbantschitsch);

La mobilisation de l'étrier (Kessel, Schwartze, Michel, Boucheron, Miot, Moure, Urbantschitsch, Goris);

L'ablation d'un ou plusieurs osselets (Wreden, Kessel, Schwartze, Lucae, Black, Sexton Burnett).

Ces diverses opérations, plus ou moins en faveur auprès des spécialistes, donnent à peu près toujours des résultats immédiats, lorsqu'elles sont bien indiquées. Malheureusement les modifications sclérémateuses de la caisse et du labyrinthe augmentent généralement, et font disparaître les bons effets obtenus au bout d'un certain temps.

Comme adjuvant à ces divers modes de traitement on a prescrit à l'intérieur, en instillations dans le conduit auditif externe ou en injections sous-cutanées, un grand nombre de substances médicamenteuses dont l'action est la plupart du temps éphémère.

On a tour à tour essayé :

1° Le bromure de potassium à haute dose (Politzer, Urbantschitsch), particulièrement toutes les fois qu'il existe un état neurasthénique. Il rend le sommeil meilleur et diminue les bourdonnements;

2° La quinine (Schwartze) associée au fer (Toynbee) à haute dose quand les bruits reviennent par accès violents comme dans le vertige de Ménière (Charcot), produit souvent un effet énergique. Toynbee (1) la considérait comme le médicament le plus actif contre les bruits subjectifs;

3° L'iodure de potassium, à l'intérieur ou en frictions sur l'apophyse mastoïde, est indiqué principalement contre les accidents syphilitiques et les dégénérescences sclérémateuses de l'oreille moyenne et du labyrinthe, à titre spécifique ou résolutif.

(1) Cité par Delstanche : « Etude sur le bourdonnement. » Bruxelles, 1872.

4° On peut prescrire bien d'autres substances médicamenteuses à l'intérieur; mais cette énumération nous paraît suffisante parce qu'elle comprend les plus actives.

On a instillé dans le conduit auditif externe des liquides de toutes sortes comme l'eau chaude, l'éther, le baume tranquille, la glycérine, sans obtenir d'effet un peu durable. Cependant le baume tranquille quelquefois, et la glycérine dans certains cas de sécheresse extrême du tympan et du conduit auditif externe, diminuent assez longtemps les bruits subjectifs.

Des injections sous-cutanées de morphine (Moos), d'azotate de strychnine (Hagen), d'azotate de pilocarpine, ont parfois une action assez persistante sur les bourdonnements.

4° *Bourdonnements dus à une otorrhée.* — Dans les otorrhées avec perforation persistante du tympan, il y a parfois des bourdonnements qui diminuent ordinairement puis cessent à mesure que la muqueuse de la caisse se modifie sous l'influence du traitement auriculaire. Pour les atténuer ou les faire disparaître lorsqu'ils sont très forts, nous nous sommes servi avec succès du courant continu pendant cinq à dix minutes avec une intensité de 6 à 8 milliampères, le pôle positif en travers sous le lobule et le pôle négatif à la nuque ou plutôt à l'avant-bras du côté opposé.

Les révulsifs à l'apophyse mastoïde, particulièrement les vésicatoires et les pointes de feu, produisent aussi de bons effets, mais les vésicatoires peuvent augmenter beaucoup la congestion pendant les états subaigus et déterminer une paralysie faciale (Miot).

5° *Bourdonnements d'origine tympanique.* — Des corps étrangers même assez petits peuvent déterminer des bourdonnements violents; il suffira de les extraire pour obtenir la guérison.

Les myringites aiguës et chroniques susceptibles de produire des bourdonnements étant liées généralement à une affection de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne, il y a lieu de leur opposer le traitement convenable.

Les déchirures du tympan donnent naissance à des bruits

qui dépendent dans certains cas de la lésion de cette membrane, mais dans d'autres de l'ébranlement de l'organe. Dans le premier cas, il suffit de faire cicatriser la plaie pour obtenir la cessation du bourdonnement. Dans le second, il est nécessaire de modifier les conditions pathologiques du labyrinthe ou des centres nerveux par le traitement indiqué plus loin.

Relâchement du tympan. — Si parfois il ne produit pas de bourdonnements, dans d'autres il les fait naître à cause de la pression que les parties relâchées exercent sur l'étrier. Des divers traitements indiqués, le collodion (Mac Keown) en couche mince, si le relâchement ne dépend pas d'une atrophie trop grande des couches fibreuses, et la perforation artificielle permanente dans les autres cas, nous paraissent donner les meilleurs résultats.

Synéchies. — Celles-ci pouvant déterminer des bourdonnements en exagérant la tension de l'appareil de transmission du son (tympan et osselets), il y a lieu d'essayer d'en empêcher la formation à l'état aigu par des insufflations d'air répétées plusieurs fois par jour.

A l'état chronique on peut les rendre plus lâches, les rompre ou les détruire. Le meilleur moyen de les allonger et de diminuer ainsi la tension des organes de transmission, est l'emploi du collodion : dans des cas de synéchies très étendues, et alors qu'il y avait de forts bourdonnements, une surdité prononcée, et que la lésion nous paraissait devoir résister à ce traitement, nous avons obtenu d'excellents résultats (Mac Keown, Miot).

Dans les cas d'insuccès, une intervention chirurgicale est indiquée. On choisit le procédé opératoire que comporte le cas particulier.

Tension exagérée. — Supprimer la cause et faire cesser le bourdonnement est facile lorsqu'il s'agit d'une obstruction du conduit auditif interne par du cérumen des lamelles épithéliales; ou de la trompe par du mucus, par la muqueuse tuméfiée ; mais, si cette tension est produite par la rétraction de la muqueuse, ou d'un muscle dans l'otite moyenne

sèche par exemple, une opération chirurgicale ne pourra que donner dans bien des cas des résultats éphémères à cause des modifications pathologiques incessantes de la muqueuse. Le seul traitement à faire, à titre palliatif, sera celui que nous avons indiqué pour l'otite moyenne sèche.

c) Bourdonnements liés a un état pathologique du labyrinthe. — De même que nous avons divisé les affections de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, de même nous diviserons celles de l'oreille interne pour mettre plus d'ordre dans le traitement. Nous indiquerons donc comment il faut traiter ces dernières : *a* dans les anémies ; *b* dans les hypérémies ; *c* dans les épanchements ; *d* dans les inflammations ; *e* dans les labyrinthites chroniques.

a) *Anémie du labyrinthe.* — Si le plus souvent elle est la conséquence d'une anémie générale (Boudet), que l'on peut combattre avec succès par les toniques et de bonnes conditions hygiéniques, elle est due dans d'autres cas à l'anévrisme de l'artère basilaire, à la compression, à l'athérome de l'artère auditive, c'est-à-dire à des lésions qu'il n'est guère facile de modifier par un traitement.

b) *Hypérémie.* — D'une manière générale le traitement dépend de la cause probable. S'il y a en même temps congestion cérébrale ou de la face, il y a indication absolue des applications froides sur la tête (appareil de Leiter de préférence) ou des émissions sanguines locales. Un peu plus tard on obtient de bons résultats de l'emploi des révulsifs cutanés à la région mastoïdienne (vésicatoires, pointes de feu), des dérivatifs intestinaux, du bromure de potassium à haute dose (Politzer, Urbantschitsch), de l'iodure de potassium, des injections sous-cutanées de pilocarpine et de la galvanisation du grand sympathique.

S'il n'y a aucune congestion de la face les émissions sanguines augmentent souvent les bruits subjectifs (Politzer) et ne doivent être employées qu'avec beaucoup de réserve. On pourra prescrire le reste de la médication ci-dessus et insister sur les révulsifs cutanés.

Si l'hypérémie est de date ancienne, il y a lieu d'essayer, sans grande chance de succès, la médication indiquée pour les labyrinthites chroniques.

D'une manière particulière, on pourra donner la préférence plutôt à un traitement qu'à un autre, comme dans les exemples suivants.

Diverses substances médicamenteuses comme le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'acide salicylique, etc., données à doses modérées, ne produisant qu'une hypérémie faible de l'organe de l'ouïe (Weber Liel, Roosa), il suffit d'en cesser l'emploi pour voir disparaître les bourdonnements.

Dans les cas d'ébranlements énergiques de l'organe de l'ouïe ayant produit une hypérémie, il est utile de se rappeler que les sensations sonores d'origine traumatique cessent en général d'elles-mêmes après avoir persisté un temps plus ou moins long. Aussi n'y a-t-il rien autre chose à faire, dans les cas légers, qu'à oblitérer un peu le méat auditif avec du coton et conseiller au malade d'éviter les endroits bruyants; quelques dérivatifs intestinaux, quelques bains de pieds sinapisés, peuvent être des adjuvants utiles.

Contre l'hypérémie consécutive à l'otite moyenne suppurée scarlatineuse, il y a lieu de traiter l'otite et de compléter la médication par les moyens qui paraissent les mieux appropriés.

c) *Epanchements.* — Dans les cas d'épanchement, que ce dernier siège dans les canaux demi-circulaires et le vestibule (maladie de P. Ménière), dans une partie plus ou moins étendue du labyrinthe (Toynbee), dans le vestibule (Passavant, Politzer), dans les canaux demi-circulaires (Lucae), dans les canaux demi-circulaires et le limaçon, il y a en général des bourdonnements fort incommodes que l'on peut modifier ou faire cesser par un traitement différant peu du précédent et que nous indiquons d'une manière générale : Aussitôt ou très peu de temps après l'hémorragie, il y a lieu d'avoir recours aux réfrigérants, parfois aux émissions sanguines, aux révulsifs, aux dérivatifs intestinaux et au sulfate de

quinine qui doit être prescrit pendant une dizaine de jours (Politzer). Quand tout état actif a disparu, c'est-à-dire vers la troisième semaine, il y a indication de pratiquer des injections sous-cutanées de pilocarpine, et de donner à l'intérieur de l'iodure de potassium dans le but de faciliter la résorption et de soumettre le grand sympathique (ganglion cervical supérieur) à l'action du courant continu.

Pour modifier avantageusement les symptômes subjectifs violents (bourdonnements, vertiges...) de la maladie de Ménière, Charcot a prescrit du sulfate de quinine, et a obtenu non seulement la diminution ou la cessation des bourdonnements, mais encore une notable amélioration de l'ouïe, contrairement aux prévisions.

L'effet du salicylate de soude, de l'acide salicylique, étant le même sur l'organe de l'ouïe que la quinine (Charcot, Ferré, Demars), on peut à peu près indistinctement prescrire l'un ou l'autre. Comme le traitement de Charcot diminue en général les bourdonnements après les avoir augmentés, exagère la surdité et n'est vraiment utile que pendant les grandes crises, il vaut mieux le continuer seulement pendant une quinzaine de jours, pour avoir recours aux révulsifs cutanés, aux injections sous-cutanées de pilocarpine, enfin à la galvanisation du grand sympathique.

Dans les épanchements du labyrinthe, les canaux demicirculaires paraissant indemnes ou peu atteints, la quinine agit mieux que dans la maladie de Ménière et doit être prescrite suivant les indications ci-dessus de Politzer.

Le reste du traitement indiqué précédemment convient dans tous les cas.

On a soin nécessairement de tenir compte de la cause probable et de la combattre par une médication appropriée.

Exemple : contre les bourdonnements déterminés par un épanchement sanguin dû à une lésion du cœur et des vaisseaux, il faut attacher une grande importance au traitement de l'affection cardiaque. Dans bien des cas, il peut être utile d'agir sur l'artério-sclérose en prescrivant une préparation iodurée.

d) *Inflammations du labyrinthe.* — On a plus d'une fois l'occasion de traiter des bourdonnements et autres symptômes subjectifs qui peuvent se produire tout à coup d'une manière primitive non encore appréciable et de préférence chez les enfants et affecter tout à coup la caisse du tympan et le labyrinthe (panotite de Politzer), ou survenir pendant le cours d'une maladie infectieuse comme une diphtérie scarlatineuse (Politzer), une variole (Moos), une méningite cérébro-spinale (Voltolini, Moos), une méningite sporadique, sous l'influence du froid (otite rhumatismale de Triquet)...

Pour combattre l'état aigu et les bruits subjectifs, on emploie ordinairement les antiphlogistiques indiqués précédemment. Un peu plus tard il faut donner la préférence aux injections sous-cutanées de pilocarpine qui produisent souvent en quelques semaines d'excellents résultats (Politzer), à l'iodure de potassium à l'intérieur, et à la galvanisation du grand sympathique.

e) *Labyrinthites chroniques.* — Sous ce titre, nous rangeons les diverses hyperplasies ou dégénérescences survenues à la suite d'hypérémies, d'hémorragies ou d'inflammations. Tels sont les épaississements du labyrinthe membraneux, tissu conjonctif de formation récente, infiltration cellulaire, dégénérescence graisseuse conjonctive ou amyloïde, vascularisation exagérée, amas de concrétion calcaire ou de pigment, altération du liquide labyrinthique. Bien que les sensations sonores déterminées par de pareilles lésions soient rebelles au traitement, il y a lieu d'essayer les divers moyens déjà indiqués. Les meilleurs nous paraissent être les injections sous-cutanées de pilocarpine, la galvanisation du grand sympathique, les révulsifs cutanés à la région mastoïdienne et l'usage des préparations iodurées à l'intérieur.

Dans les labyrinthites chroniques succédant ou non à la sclérose de la caisse, il faut toujours songer aux accidents secondaires ou tertiaires de la syphilis ou à la syphilis héréditaire et donner le traitement spécifique. La galvani-

sation ne paraît pas donner de résultats avantageux. Dans certains cas rebelles, les malades peuvent retirer un grand bénéfice d'une cure d'eaux minérales iodées ou sulfureuses prises à la station (Politzer).

d) Bourdonnements dans les maladies du système nerveux. — De nombreuses maladies nerveuses donnent lieu au phénomène subjectif qui nous intéresse. C'est ainsi que nous trouvons le bourdonnement parmi les phénomènes précurseurs de l'apoplexie, dans l'anémie et la congestion cérébrale, dans le ramollissement cérébral par thrombose artério-scléreuse des vieillards.

Les tumeurs, la compression et les anévrismes des artères de la base du crâne donnent lieu également aux bruits d'oreille.

Dans la myélite bulbaire aiguë et dans la compression du bulbe brusque ou lente, ce sont des phénomènes d'excitation dans le territoire nerveux des racines comprimées. Dans le tabes, les sensations subjectives auriculaires, avec intégrité de l'appareil transmetteur, sont dues à une altération de l'appareil récepteur; il y a là une névrite auditive analogue à la névrite optique.

Enfin on constate souvent des bourdonnements au début de la paralysie périphérique du facial dans la névralgie cervico-occipitale et dans les névroses (aura épileptique, aura céphalique de l'attaque convulsive hystérique, neurasthénie et migraine). Nicati et Rabioli ont fait une migraine auditive, comme il y a la migraine ophtalmique.

Pouvons-nous indiquer un traitement de ces bourdonnements divers, symptômes de maladies si différentes, si opposées quelquefois, comme l'anémie et la congestion cérébrale? Il faut traiter la maladie causale et calmer l'éréthisme nerveux, qui exagère si souvent le symptôme morbide.

Nous ne devons pas oublier les faits comme celui de Mme de Souvray (Itard), où la malade fut prise de bourdonnements incessants à la suite d'une grande émotion (incendie). Cela pourrait faire une classe à part de névroses de l'appa-

reil auditif. La malade guérit parfaitement par le séjour dans un milieu bruyant (moulin).

Ces bourdonnements dits nerveux ou sans dureté d'oreille se constatent souvent chez les gens nerveux, irritables, dans la tension d'esprit, à la suite de chagrins violents. Dans un cas où ce symptôme était accompagné de sensations lumineuses simultanées, la cause en était probablement dans une irritation du cerveau. Traitement antinerveux, tonique, etc.

e) Maladies mentales.— Les hallucinations qui sont, comme l'a dit Ball, des perceptions sans objet, ont souvent comme point de départ le sens de l'ouïe. Sous leur forme la plus simple, ce sont des bruits, des bourdonnements confus venant de toutes directions : la surdité paraît les provoquer. Dans un grand nombre de cas on a constaté l'état congestif du cerveau. Le traitement indiqué sera donc : les compresses froides sur la tête, les bromures, les purgatifs, les bains tièdes prolongés.

Chez les aliénés, les fausses perceptions de l'ouïe étant beaucoup plus fréquentes que celles des autres sens, on est souvent appelé à les traiter. Il faut d'abord chercher s'il n'y a pas une lésion auriculaire si minime qu'elle soit, et la traiter avec le plus grand soin, car on a vu souvent la guérison de l'affection auriculaire amener la cessation des bourdonnements et des autres phénomènes qui en dépendaient; sinon, il faut considérer ces sensations subjectives ou hallucinations comme se rapportant le plus directement aux vésanies et disparaissant avec le moins de facilité.

f) Bourdonnements réflexes. — Enfin les otologistes sont souvent consultés pour des bourdonnements qui sont indépendants de l'appareil auriculaire et qui disparaissent quand les maladies intéressant les autres organes sont traitées et guéries ou améliorées. C'est ainsi que les bourdonnements sont souvent liés à une lésion stomacale (gastrite, gastralgie, dilatation, dyspepsie, etc.). Mais il faudra bien s'assurer que ces malades souvent arthritiques n'ont pas une lésion

sclérémateuse de l'oreille, lésion fréquente et souvent négligée au début.

Les bruits subjectifs sont aussi fréquents dans les affections utérines; mais dans ce cas nous croyons qu'il faut plutôt les attribuer à l'état anémique ou neurasthénique du malade.

DISCUSSION

M. Dundas Grant. — Je tiens tout d'abord à remercier l'assemblée du grand honneur qu'elle m'a fait, en m'invitant à prendre place parmi les membres du bureau. Je suis on ne peut plus sensible à ces marques de courtoisie et d'hospitalité bien françaises. Vous voudrez bien m'excuser si je m'exprime difficilement en votre langue, et si mes paroles traduisent imparfaitement mes sincères et profonds sentiments de reconnaissance.

Si j'ouvre cette discussion ce n'est pas pour adresser des critiques au rapport de MM. Miot et Herck, mais bien pour en faire ressortir toute la valeur scientifique; aussi partageant dans leur ensemble les vues des rapporteurs je ne m'arrêterai qu'à quelques points de détail.

A propos de la distinction établie entre les bruits subjectifs et objectifs de l'oreille, j'estime que cette séparation est logique en théorie, mais impossible dans la pratique ; par exemple, dans le cas d'une congestion labyrinthique, il me semble bien difficile de dire si le bruit a une origine artérielle ou bien nerveuse.

Je formulerai aussi le regret que le rapport reste muet au sujet d'un procédé de traitement que j'ai exposé au Congrès international de Paris de 1889, procédé qui consiste, dans certains bourdonnements de variété vasculaire, à comprimer les artères qui se rendent au labyrinthe, dans les gouttières vertébrales, un peu en arrière des apophyses mastoïdes.

Dans une affection aussi rebelle, et où les agents thérapeutiques réellement utiles sont si peu nombreux, il ne faut pas hésiter à recourir à tout procédé suivi de quelque résultat. C'est pourquoi j'insiste sur ce moyen dont l'efficacité ne saurait être niée, et qui nous fournit de sérieuses indications pour le diagnostic pathogénique des bourdonnements d'origine artérielle.

J'ajouterai que certains malades se trouvent également bien d'inhalations de chloroforme pratiquées deux fois par jour dans les

trompes à l'aide de mon *auto-insufflateur*. Vous voyez que cet appareil très simple se compose d'un petit flacon garni de ouate auquel est adapté un tube. On verse quelques gouttes de chloroforme sur la ouate, et le malade aspire par le tube les vapeurs qui se dégagent.

M. Miot. — M. Dundas Grant a-t-il obtenu des guérisons par la compression des artères vertébrales ?

M. Dundas Grant. — Non, assurément; mais j'ai vu des malades qui pouvaient ainsi se soulager eux-mêmes.

M. Vacher. — J'ai lu avec un grand intérêt le remarquable rapport de MM. Miot et Herck; il est clair, concis, et donne un aperçu suffisant de l'état actuel de la question. Mais je veux appeler votre attention, messieurs, sur les améliorations qu'on peut apporter aux bourdonnements dans l'otite scléreuse par l'emploi d'une solution à 3 ou 4 pour 100 d'iode dans l'éther acétique, solution dont on introduit quelques gouttes dans le pavillon de la sonde d'Itard. L'action des vapeurs iodées modifie la muqueuse de la caisse, donne au patient une sensation de chaleur et atténue les bourdonnements parfois d'une façon durable.

Le massage du tympan produit aussi d'excellents résultats, et je vous présente un petit instrument dont je me sers avec grand profit, et que chacun de vous peut confectionner. C'est une seringue en caoutchouc ordinaire munie d'un petit tube également en caoutchouc, auquel on adapte une canule rétro-nasale dont on introduit l'extrémité dans l'oreille. En tirant et en poussant le piston, on amène la raréfaction ou la pression de l'air du conduit externe; on règle cette pression à volonté, si bien que le malade peut lui-même pratiquer le massage. L'aspiration est assez puissante pour rompre le tympan, ce qui m'est arrivé dans plusieurs circonstances. A l'aide de l'instrument, il est également facile d'irriguer la caisse et de faire l'antisepsie du pharynx nasal.

M. Beausoleil. — Je ne saisis pas très bien la différence qui existe entre cet appareil et le masseur de Delstanche.

M. Vacher. — J'ai eu simplement pour but d'avoir un instrument plus économique, et par suite plus pratique. Il s'agit en effet d'une seringue ordinaire à hydrocèle munie d'un tube en caoutchouc qui se termine par un embout de verre.

M. Miot. — Une petite poire en caoutchouc est le plus souvent suffisante; le prix en est encore moins élevé.

M. Vacher. — La poire en caoutchouc n'a pas la puissance de mon appareil.

M. Moure. — Les rapporteurs me paraissent d'avis que tous les traitements peuvent être utiles au début. Malheureusement, l'otite scléreuse poursuivant son cours, il arrive qu'au bout d'un certain temps, alors même qu'une amélioration se serait produite, tout est à recommencer, car les bourdonnements reviennent avec plus d'intensité et de ténacité. Et à ce sujet je rappellerai nos discussions à propos de la mobilisation de l'étrier ; l'on soutenait alors que cette opération modifiait les bourdonnements. Depuis, le silence qui s'est fait sur ce procédé semble indiquer qu'il n'a pas donné tous les résultats annoncés. Je signalerai en outre une certaine catégorie de bourdonnements que j'ai observés dans quelques cas de sinusite maxillaire. Il suffit d'ouvrir le sinus et de le vider pour voir aussitôt cesser les bourdonnements.

M. Miot. — Je répondrai à M. Moure que je maintiens entièrement ce que j'ai déjà dit sur la mobilisation de l'étrier : c'est le seul traitement à opposer à l'otite moyenne sèche, quand tous les autres moyens ont échoué. On obtient souvent une amélioration notable. Je pourrais entre autres faits citer le cas d'un fabricant d'instruments de chirurgie qui était devenu sourd au point de ne plus rien entendre. Cet homme, qui était tombé dans un profond état de tristesse, a pu, depuis deux ans qu'il est opéré, reprendre les affaires et mener la vie calme d'autrefois.

UN CAS D'OZÈNE TRACHÉAL

Par le Dr **WAGNIER** (de Lille).

Mlle B..., âgée de seize ans, est venue me consulter l'année dernière au mois de mai pour de la fétidité nasale. Cette jeune fille est d'une bonne santé habituelle et ne présente aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire digne d'être noté. Vers la fin de l'année 1893, on remarqua de la fétidité de l'haleine et cette mauvaise odeur n'existait que dans l'air expiré par le nez et ne se montrait pas quand l'expiration avait lieu par la bouche ; la mère de la jeune fille est très affirmative sur ce point. Elle a fait, dit-elle, l'expérience un grand nombre de fois.

Le médecin de la famille consulté prescrivit des lavages et une

poudre à priser, traitement qu'on appliqua plus ou moins rigoureusement jusqu'au moment où la malade me fut amenée.

A mon premier examen, je reconnus l'ozène vrai du nez avec croûtes gris verdâtre adhérentes et atrophie modérée des cornets; il n'y avait de croûtes qu'à la partie supérieure du pharynx nasal et je n'examinai pas le larynx, rien n'attirant mon attention de ce côté. Je prescrivis des lavages salés légèrement phéniqués et quelques attouchements avec une solution de thymol, et je ne revis la malade que deux ou trois fois dans les mois qui suivirent. Je dois noter que vers le mois de mai, les règles avaient paru pour la première fois; elles se montrèrent de nouveau en novembre, et depuis lors leur apparition est régulière. En novembre, elle revint, se plaignant d'un enrouement datant de quelques jours. J'examinai le larynx que je ne trouvai que légèrement congestionné; mais, dans l'intervalle des cordes vocales, je vis nettement la trachée tapissée d'une couche absolument noire qui s'étendait profondément et aussi loin qu'on pouvait porter le regard. La mère me dit alors que depuis quelque temps, l'odeur était devenue plus forte et que les lavages du nez ne la faisaient plus disparaître.

Je conseillai quelques inhalations d'infusion de sauge et peu de jours après la voix était redevenue normale, il n'y avait plus d'irritation du larynx, mais la trachée était toujours tapissée de la même couche noire épaisse. Après cocaïnisation, j'enlevai sur une boule de coton portée au bout d'une tige recourbée plusieurs petites masses noires fétides qui étaient peu adhérentes aux parois trachéales quoique assez visqueuses. Au dessous d'elles, la muqueuse était rougeâtre et l'aspect cerclé dû aux anneaux de la trachée n'existait plus. La fétidité était l'unique symptôme présenté. Aucune sensation particulière, aucune toux. De temps en temps, rejet sans effort de quelques fragments comme ceux que j'avais ramenés. Cette fétidité était excessive et malgré la grande habitude que j'ai de sentir l'odeur des ozéneux, j'en fus réellement incommodé; elle avait quelque chose de plus pénétrant, elle se diffusait davantage. D'ailleurs les voies nasales étaient parfaitement nettes, grâce aux lavages fréquents que le malade n'avait pas cessé de faire. Je prescrivis successivement des pulvérisations à l'essence d'eucalyptus, à l'acide phénique, au thymol, sans autre résultat que la diminution pour un temps très court de la mauvaise odeur. Ce fut également sans résultat que je fis faire des pulvérisations de diverses solutions salines.

On employa aussi les balsamiques à l'intérieur; la créosote, le gaïacol ne donnèrent aucun résultat. Divers expectorants prescrits n'amenèrent pas la désagrégation des masses.

Je fis alors des injections intra-trachéales avec la seringue laryngienne à l'extrémité de laquelle j'avais adapté une sonde en caoutchouc dépassant la canule rigide d'une longueur de 5 centimètres. Ce procédé seul amena l'expulsion de masses assez importantes. Les injections à véhicules huileux, huile d'olive stérilisée ou vaseline au menthol et au thymol, produisirent beaucoup moins d'effet que les injections aqueuses. J'employai de cette dernière manière en l'ajoutant à l'eau tiède la glycérine iodo-phéniquée à doses croissantes, le thymol, le phénosalyl, le lysol, enfin le naphtol d'après la formule de Ruault, mais en faisant ajouter un peu de glycérine pour empêcher la précipitation. C'est cette dernière composition que j'ai employée le plus longtemps. Ces injections aqueuses répétées tous les jours amenaient la disparition de l'odeur aussi longtemps qu'elles étaient continuées, mais la fétidité reparaissait en partie au bout de quelque temps malgré les inhalations désinfectantes qui n'ont jamais été cessées. D'ailleurs je n'ai jamais pu déterger complètement la trachée dont la partie supérieure seule se découvrait dans une étendue plus ou moins grande montant à nu la muqueuse rouge pâle; mais dans la profondeur on voyait toujours son revêtement noir intérieur.

On ne pouvait songer à badigeonner toute l'étendue du conduit trachéal avec le coton porté au bout d'une tige; aussi ne poursuivis-je pas la tentative que j'en avais faite.

Je ne produisis d'irritation réelle qu'avec le phénosalyl qui fit tousser la malade quelques jours et amena un enrouement prononcé qui dura cinq ou six jours.

En somme, le résultat ne fut que palliatif, et actuellement je me contente d'inhalations d'essence de pin d'Autriche et d'essence de genévrier et de pulvérisations salino-phéniquées qui diminuent assez l'ozène trachéal pour que la vie ordinaire soit rendue possible.

L'examen bactériologique des sécrétions trachéales a été fait par M. le Dr Surmont, agrégé à la Faculté de Médecine, qui m'a remis la note qui suit :

« Les masses noirâtres remises par M. le Dr Wagnier qui les a extraites de la trachée ont été examinées au point de vue bactériologique de la façon suivante :

» Des préparations microscopiques ont fait voir sur les lamelles des traînées de mucus contenant quelques leucocytes, des quantités considérables de diplocoques dont un certain nombre sont entourés d'une capsule.

» Ces microcoques se colorent parfaitement par les diverses couleurs d'aniline, particulièrement par le violet de gentiane aniliné. Ils se décolorent en partie par la méthode de Gram.

» Les cultures ont donné l'explication de cette anomalie apparente; il existait, en effet, dans ce mucus deux espèces de diplocoques, l'un restant coloré, l'autre perdant sa coloration après l'action de la solution de Lugol.

» L'un de ces microcoques dont l'étude n'a pas été poursuivie reste coloré par la méthode de Gram, liquéfie la gélatine et donne des cultures mal odorantes.

» Ce microbe, que je n'ai pas exactement déterminé, je l'ai rencontré à diverses reprises dans des produits pathologiques provenant des organes respiratoires.

» L'autre de ces diplocoques présente tous les caractères assignés par M. Lœwenberg au microbe de l'ozène, aussi bien au point de vue des réactions microscopiques qu'au point de vue de ses caractères de culture et des résultats de l'inoculation à la souris. C'est ce dernier agent que nous considérons comme l'agent pathogène de l'ozène bien qu'il ne produise pas d'odeur dans les cultures. M. Lœwenberg a déjà insisté sur ce point. »

Comme on le voit, cet examen a démontré la présence du microbe de Lœwenberg dans les produits sécrétés et malgré la très grande différence d'aspect que présentait l'exsudat trachéal comparé aux exsudats extra-nasaux.

Dans ce cas, comme dans tous ceux rapportés jusqu'ici, l'ozène nasal accompagne et paraît avoir précédé l'ozène trachéal. Il s'est montré à la puberté, peu de temps avant l'établissement de la fonction menstruelle.

Il est remarquable en ce qu'il n'y avait comme symptôme que la seule fétidité et de loin en loin le rejet de petites masses qui passaient presque inaperçues; ces masses tapissant toute la trachée n'amenaient aucune réaction, pas même une secousse de toux. L'ozène semble avoir produit un certain degré d'insensibilité de la trachée, ainsi que cela se voit dans les fosses nasales.

Je note que la sensibilité au contact était normale dans le pharynx et dans le larynx.

Notre observation, quoique différant par certains points de celles qui ont servi de base à la description qu'a faite le premier de cette localisation notre collègue le Dr Luc, montre que cette complication pour être rare n'en est pas moins indiscutable. Elle est d'un pronostic sérieux et peut offrir au traitement le plus persévérant une résistance presque invincible.

DISCUSSION

M. Molinié. — M. Wagnier a parlé du coccus isolé par Lœwenberg et trouvé par lui constamment dans le nez des ozéneux. Je profite de l'occasion pour dire que j'ai rencontré ce coccus dans un cas où il n'y avait aucune fétidité du nez. Il y a donc lieu de se demander si les conclusions de Lœwenberg s'appliquent rigoureusement à tous les cas.

HÉMORRAGIE SECONDAIRE CONSÉCUTIVE A L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES

Par le Dr **R. BEAUSOLEIL**, aide de la clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez à la Faculté de Médecine.

L'ablation des végétations adénoïdes est une des opérations que le spécialiste est appelé à pratiquer le plus souvent; simple, facile et presque toujours exempte de complications sérieuses, elle peut cependant être suivie d'accidents plus ou moins graves qu'il est bon de connaître et contre lesquels le chirurgien doit d'autant plus se tenir en garde que, de nos jours, l'usage de l'instrument tranchant semble devoir être adopté — et pour de justes raisons — par la généralité des praticiens.

Hâtons-nous de dire que les inconvénients et les dangers qui ont été indiqués ne doivent pas et ne peuvent pas faire oublier les nombreux avantages de cette opération.

Parmi les diverses complications pouvant survenir pen-

dant ou après le curettage de la cavité naso-pharyngienne, on a surtout signalé des hémorragies plus ou moins graves et rebelles.

Celles-ci peuvent se montrer immédiatement après l'opération ou dans les premières heures qui la suivent. Ce sont les hémorragies de ce genre que l'on observe le plus souvent, comme le prouvent les faits de Woakes, de Brison-Delavan, de Ruault, de Gellé, de Cartaz, et un cas que j'ai rapporté en 1893.

Il peut arriver aussi que l'hémorragie se produise beaucoup plus tardivement et survienne le cinquième, le sixième, voire même le huitième jour après l'opération.

Un des cas d'hémorragie tardive les plus intéressants est sans contredit celui rapporté par le D[r] Segond. Il s'agit en effet d'une hémorragie extrêmement abondante survenue, sans cause appréciable, huit jours après l'opération.

Un fait analogue a été observé par le D[r] Lacoarret et publié dans les *Annales de la Policlinique de Toulouse*, 1893. Il est assez intéressant pour que nous en donnions ici un résumé.

Garçon de quatorze ans, lymphatique, sujet à des rhumes de cerveau fréquents. Rien de particulier du côté du pharynx buccal ; les amygdales ne sont pas hypertrophiées ; la muqueuse nasale n'est pas tuméfiée. Par le toucher digital on constate que tout le naso-pharynx est rempli de végétations adénoïdes volumineuses obstruant les choanes. L'opération est faite sans anesthésie avec la curette tranchante. L'hémorragie est insignifiante, aucune complication immédiate. Cependant, le cinquième jour après l'opération l'enfant se réveilla le matin couvert de sang ; l'oreiller et les draps du lit étaient inondés. Il s'était produit pendant la nuit une hémorragie assez abondante sans que le petit malade en eût eu conscience et se fût réveillé. L'écoulement du sang s'était arrêté spontanément et n'avait pas reparu.

Ces hémorragies — véritablement secondaires — survenant quelques jours après l'opération sont excessivement rares, si du moins on s'en rapporte aux diverses statistiques qui existent actuellement dans la littérature médicale.

Ces complications méritent donc d'attirer notre attention autant par le mécanisme de leur production que par leur rareté et leur gravité. C'est pour ces diverses raisons que nous avons cru intéressant de communiquer le cas suivant observé chez un jeune malade de notre clinique des Ambulances urbaines.

Observation. — M. D..., âgé de quinze ans, m'est amené par sa mère le 12 mars dernier pour une surdité assez marquée et une gêne de la respiration nasale.

Cet enfant n'a jamais été malade; il est cependant peu développé pour son âge et présente tous les signes que l'on rencontre habituellement chez les adénoïdiens.

A l'examen des oreilles on trouve tous les symptômes d'une obstruction tubaire.

Le tympan droit a perdu son aspect normal; il est terne, légèrement plissé et très déprimé. A gauche les lésions sont moins caractéristiques.

Montre : 0,06 à droite, 0,09 à gauche. Diapason négatif des deux côtés.

Par l'examen rhinoscopique antérieur, on constate à droite une hypertrophie polypoïde de la muqueuse de tout le cornet inférieur, surtout dans la partie postérieure. La muqueuse est rouge. La fosse nasale est remplie de mucosités filantes. Respiration très difficile.

Du côté gauche, il existe seulement une déviation de la partie postérieure de la cloison.

Respiration assez libre.

La muqueuse pharyngienne est rouge, granuleuse, surtout sur les côtés et en arrière des piliers postérieurs; il existe à la partie supérieure du pharynx bucal un lacis veineux assez prononcé; les amygdales ne sont pas hypertrophiées. Il n'y a pas de déformation de la voûte palatine.

La rhinoscopie postérieure est impossible à pratiquer par suite des contractions constantes du voile du palais. L'enfant ayant refusé de se laisser introduire le releveur du voile, je pratique le toucher digital qui me permet de constater la présence de végétations adénoïdes assez volumineuses remplissant presque tout le naso-pharynx. Ces tumeurs me parurent résistantes et dures; mais, je dois l'avouer, je n'ajoutai aucune importance à ce fait.

L'examen digital ne fut suivi que d'un écoulement sanguin insignifiant. Je prescris des irrigations nasales et une pommade aseptique

et dis à la mère de me ramener son enfant dans huit jours pour le débarrasser de ses végétations.

Le 19 mars je procède à l'opération après avoir, au préalable, aseptisé la cavité naso-pharyngienne avec des irrigations boriquées. Comme toujours, je fais usage de la curette de Gottstein que je considère comme l'instrument de choix pour ces opérations. L'enfant étant très docile, l'opération est des plus simples ; j'enlève d'abord la tumeur médiane et je curette ensuite complètement les deux fossettes.

Immédiatement après l'opération il se produit un écoulement de sang assez abondant, mais qui s'arrête au bout de quelques minutes avec des irrigations presque froides.

Les végétations enlevées sont dures et assez volumineuses ; elles ne contiennent ni cavités kystiques avec sécrétions gélatineuses comme j'ai eu l'occasion d'en observer souvent, ni matières caséeuses. *A leur surface elles sont sillonnées par de nombreux vaisseaux dont quelques-uns paraissent dilatés.*

En présence de la petite hémorragie qui avait suivi l'opération, je dis à l'enfant de ne pas rentrer chez lui et d'attendre la fin de ma consultation.

Quand je le revois au bout de deux heures, tout écoulement avait cessé.

Huit jours après le malade revient à ma consultation ; il est très pâle et d'une faiblesse extrême ; le poul est petit ; au moindre mouvement il est menacé de symcope.

La mère nous raconte alors que le dimanche soir, à deux heures, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, l'enfant avait craché un gros caillot de sang noirâtre et qu'immédiatement après était survenue une hémorragie abondante. Le sang s'écoulait par les deux narines et la bouche.

Malgré de nombreuses irrigations froides, l'écoulement a persisté jusqu'à onze heures et ne s'est arrêté qu'à la suite d'une irrigation avec du perchlorure de fer en solution. A minuit le malade s'endort ; à quatre heures du matin il se réveille, il a des nausées et vomit une assez grande quantité de sang noirâtre ayant déjà subi un commencement de digestion. L'hémorragie recommence, mais elle s'arrête spontanément au bout de deux heures.

Le lundi et dans la nuit du mardi l'hémorragie a reparu à plusieurs reprises, toutes les trois ou quatre heures, dit la mère, mais bien moins abondante que le premier jour.

Lorsque je revois le malade le mardi à cinq heures, l'écoulement avait complètement disparu depuis le matin dix heures.

Je ne juge pas utile de faire un tamponnement; je renvoie le malade chez lui en recommandant à la mère de me faire immédiatement prévenir si l'hémorragie venait à se reproduire.

Elle n'a pas reparu, mais le jeune malade que j'ai revu il y a quelques jours est toujours très anémié et n'a pas encore repris ses forces.

Cette observation peut être rapprochée de celles de Segond et de Lacoarret. Chez notre opéré — comme dans les cas cités plus haut — les suites immédiates de l'opération n'ont présenté rien de particulier; ce n'est que cinq jours après, à la suite de l'expulsion d'un caillot de sang, qu'est survenue une hémorragie. L'écoulement du sang a dû être très abondant si l'on en juge par l'état de faiblesse que présente le malade et par ce que nous raconte la mère.

Comme nous l'avons déjà dit, ces hémorragies se produisant si tardivement et sans que rien puisse les faire prévoir sont excessivement rares après l'ablation des végétations adénoïdes.

Il est donc intéressant de rechercher les différentes raisons qui peuvent produire ou favoriser ces hémorragies secondaires.

Je n'ai cependant pas l'intention de passer en revue et de discuter toutes les opinions qui ont été invoquées; je veux seulement insister sur quelques points qui, d'après l'examen des faits, suffisent à eux seuls à expliquer ces hémorragies.

Je ne ferai donc que mentionner la possibilité de cette complication chez les sujets hémophiliques ou ayant une affection aiguë des voies respiratoires supérieures ou même une inflammation aiguë de leur tissu adénoïde. Il en est de même pour la coïncidence de l'opération avec les fièvres paludéennes et toute autre affection favorisant la congestion des vaisseaux ou, chez les femmes, avec la période menstruelle.

Nous ferons une remarque spéciale pour la déchirure d'une portion de la muqueuse pharyngée que la plupart des auteurs considèrent comme la cause de ces graves hémor-

ragies. Je ne pense pas, pour ma part, que cette simple lésion produise *à elle seule* cet accident. S'il en était ainsi, on l'observerait moins rarement, car c'est assez souvent qu'une partie de la muqueuse est touchée par l'instrument tranchant.

Quant à la déchirure du voile du palais que l'on a aussi signalée, je la considère comme impossible si l'on a tant soit peu l'habitude de manier l'adénotome.

Il en sera de même pour la section de la partie postérieure de la cloison et les lèvres de la trompe.

Les seuls points sur lesquels je désire seulement attirer l'attention, c'est d'abord l'âge des malades et la constitution de la tumeur.

La question de l'âge me paraît avoir en effet une grande importance ; c'est elle qui, d'après les différentes statistiques, semble dominer dans l'histoire des divers cas d'hémorragie secondaires qui ont été signalés. Tous les sujets — ou presque tous — chez lesquels on a observé cet accident, avaient dépassé l'âge le plus favorable pour pratiquer cette opération, c'est-à-dire entre six et dix ans. A cet âge les hémorragies sont moins à redouter, et, d'une façon générale, on peut dire que les enfants saignent d'autant moins qu'ils sont plus jeunes. C'est là une constatation que j'ai eu l'occasion de faire à maintes reprises.

Cette influence de l'âge se manifeste en favorisant la régression fibreuse de ces tumeurs. Il se produit le plus souvent un travail de sclérose en tous points semblable à celui que l'on observe dans les amygdales palatines des adultes. Les canaux sanguins n'échappent pas à ce processus scléreux, et, comme le fait très judicieusement remarquer M. Sallard, leur tunique s'épaissit, ils perdent une part de leur élasticité normale et ne peuvent plus se rétracter et s'oblitérer quand on les sectionne.

Dans ce cas, comme dans les autres, la plaie naso-pharyngienne pourra bien, quelque temps après l'opération, se recouvrir d'un caillot ou d'une eschare qui empêchera l'écoulement du sang; mais que pour une raison ou pour une

autre celle-ci vienne à tomber, on verra se produire une hémorragie plus ou moins abondante suivant que les vaisseaux seront encore plus ou moins béants.

En terminant, je signalerai une particularité qui peut aussi entrer en ligne de compte dans l'étiologie des hémorragies secondaires.

Je veux parler de ce réseau vasculaire qui parcourt assez souvent le naso-pharynx et les végétations adénoïdes et dans lequel on trouve aussi parfois des artérioles véritables.

Sous l'influence de certaines diathèses ou de simples inflammations chroniques, ce plexus veineux peut acquérir un développement assez important et devenir pour ainsi dire variqueux; il ne sera pas dès lors étonnant de voir se produire une hémorragie abondante lorsqu'il sera sectionné.

Tels sont les deux points sur lesquels je désirais insister, car ils me paraissaient fournir, à eux seuls, une explication rationnelle sur l'étiologie de cette complication très rare mais possible de l'opération des végétations adénoïdes.

DISCUSSION

M. Castex. — Je pense qu'on écarte le danger d'hémorragie post-opératoire, en pratiquant des irrigations antiseptiques chaudes et prolongées pendant plusieurs jours avant d'intervenir. On évite ainsi d'opérer en période d'adénoïdite, complication qui favorise les pertes de sang.

M. Cartaz. — Je m'étonne d'entendre parler d'irrigations nasales avant l'opération; car il est inutile de procéder à l'ablation des masses adénoïdes si le liquide passe d'une narine à l'autre, et dans le cas où l'eau ne passe pas, le naso-pharynx n'est pas nettoyé; de plus, on s'expose alors à envoyer le liquide dans les trompes. Quant aux causes des hémorragies, elles sont variables; en outre de l'adénoïdite, d'un état hémophilique, je signalerai la présence dans le naso-pharynx de veinules dilatées.

M. Wagnier. — J'estime que le sang provient beaucoup moins du tissu adénoïdien que de la muqueuse endommagée, et la preuve en est dans l'insignifiance de l'hémorragie lorsqu'on opère par la voie nasale suivant le procédé de Chiari, soit à l'anse froide, soit à l'anse galvani-

que. C'est le moyen que j'emploie lorsque je redoute une hémorragie, et lorsque l'étroitesse des fosses nasales n'est pas trop prononcée.

M. Vacher. — Les hémorragies sont dues à l'usage des instruments tranchants, aussi bien de la pince de Lœwenberg que du couteau de Gosttein. Je crois donc préférable de se servir de l'anse chaude ou froide et surtout des pinces qui agissent par écrasement et non par section. En ce qui touche les irrigations nasales, je suis de l'avis de mes collègues, et trouve qu'on lave beaucoup trop le nez, pratique qui occasionne et entretient la rhinite hypertrophique. Je préfère nettoyer le naso-pharynx par la voie buccale à l'aide d'une seringue et de ma canule rétro-nasale.

M. Helme. — J'ai observé trois cas d'hémorragie secondaire. Dans le premier l'hémorragie survint quinze heures après l'opération. On avait ramené avec la curette une petite crête osseuse triangulaire, à bords mousses. Il ne s'agissait évidemment pas du cornet, la curette n'étant pas remontée jusque-là. Dans la seconde observation le même fait se produisit, si bien que la troisième fois on put en quelque sorte prédire l'hémorragie, qui se produisit en effet dans la nuit qui suivit l'intervention. Nous avons, de concert avec M. Lermoyez, entrepris des recherches sur le cadavre pour reconnaître le siège de cette saillie anormale de la voûte pharyngée. S'agit-il du tubercule pharyngien ayant atteint un développement exagéré? Ou bien se trouve-t-on en présence d'une anomalie de la cloison? Celle-ci se prolonge chez les ruminants jusque dans le cavum (Luschka) qu'elle divise en deux parties. A-t-on affaire ici à un vestige d'une cloison se prolongeant anormalement en arrière? C'est ce que les recherches sur le cadavre pourront seules montrer. En tout cas l'hémorragie s'explique d'elle-même ici, l'hémostase des plaies osseuses étant toujours difficile à réaliser.

M. Beausoleil. — Je ne partage pas l'opinion de M. Vacher; je ne crois pas en effet que dans les cas d'hémorragies secondaires il faille incriminer les instruments tranchants (curette de Gottstein, pinces de Lœwenberg, etc., etc.) et les rendre responsables de cette complication. Ce n'est pas non plus parce qu'on aura coupé un petit lambeau de muqueuse pharyngée qu'on verra survenir des hémorragies graves, comme celle que nous avons rapportée. Nous pensons qu'il faut en chercher la cause dans la constitution même de la tumeur et de ses vaisseaux ou dans une dilatation variqueuse des vaisseaux du naso-pharynx.

J'ai observé aussi quelquefois cette saillie anormale dont parle

M. Helme, et je comprends très bien que si cette crête est sectionnée il puisse se produire une hémorragie plus ou moins abondante. Chez mon malade cette anomalie n'existait pas et je suis, en outre, certain de n'avoir enlevé aucune portion osseuse, ainsi que j'ai pu m'en convaincre en examinant très attentivement la tumeur adénoïdienne.

DEUX CAS DE LYMPHADÉNOME DE L'AMYGDALE

Par le Dr **A. CARTAZ**, ancien interne des hôpitaux de Paris et Lyon.

Dans le travail le plus récent sur la lymphadénie (*Traité de Médecine*), Gilbert, après avoir énuméré les diverses localisations de cette maladie, dit que l'histoire clinique de la lymphadénie amygdalienne est encore très imparfaite, ne reposant que sur quelques observations. Cette pénurie tient à la rareté de la lésion ; de toutes les tumeurs malignes de l'amygdale, le lymphadénome est assurément la moins fréquente.

Passaquay, dans sa thèse sur les tumeurs des amygdales, avait réuni une dizaine d'observations et avait cherché à établir cliniquement une démarcation entre le lymphadénome et le lymphosarcome dont les différences histologiques sont si peu marquées. Il distinguait deux variétés de lymphadénome suivant qu'il y avait lymphadénie pure ou lymphadénie avec leucémie. Cette distinction tend aujourd'hui à perdre de son importance, et la leucémie, dans cette généralisation ganglionnaire, n'a qu'une valeur relative. Depuis le travail de Passaquay et la thèse de Demange (1874) où la question est envisagée au point de vue général de la lymphadénie, les observations sont éparses dans divers recueils et montrent en réalité que les faits sont loin d'être fréquents.

En présentant une observation à l'Association Britannique, Lennox Browne disait que c'était seulement le quatrième ou cinquième cas qu'il voyait dans une pratique de vingt-cinq ans.

Sur un total de 41 cas de lymphadénie, Isambert n'avait trouvé que 2 cas d'hypertrophie des amygdales. Par contre, Daniel Mollière a noté le début par l'amygdale dans 10 cas sur 32 (1), et Verneuil incline à admettre que le lymphadénome débuterait souvent par l'amygdale.

En constatant, d'après le relevé d'un certain nombre d'observations de lymphadénie sans localisation spéciale, que le début a lieu souvent par les ganglions sous-maxillaires, on peut se demander pourquoi l'amygdale, qui semble avoir été la porte d'entrée, n'est pas toujours prise au plus haut degré et ne présente pas le maximum de lésions. Des partisans de la théorie microbienne de la lymphadénie trouvent dans ce fait une confirmation de leurs idées : l'amygdale a pu servir de porte d'entrée à une infection microbienne déterminant la maladie caractéristique et n'être pas touchée elle-même. Le Dr Delbet a développé très brillamment cette théorie dans un travail paru sur le lymphadénome (2). Les preuves manquent encore et on ne peut guère conclure en faveur d'une spécificité microbienne, en raison de la multiplicité des espèces trouvées; cette infection peut être simplement secondaire.

Je n'ai pas la prétention de résoudre ces questions doctrinales, je me borne à publier les deux faits que j'ai observés.

Observation I. — M. M..., âgé de soixante ans, maçon, m'est adressé au mois d'octobre 1891, par le Dr Henry (de Coulommiers), pour des troubles de la gorge caractérisés par de la gêne de la déglutition et un peu d'enrouement Cet homme, fort et vigoureux, s'était présenté à la consultation de notre confrère pour ces troubles dont le début ne remontait pas à plus de trois mois. Vers ce moment il y avait eu sur une des amygdales un point d'inflammation qui donna lieu à un petit abcès; à la suite du crachement d'un peu de pus, le malade avait été soulagé. La gêne reparaissant, le malade s'était décidé à demander conseil.

Comme je le disais, le malade, quoique âgé, a toutes les apparences

(1) *Province médicale*, oct. 1887.

(2) *Semaine médicale*, 13 sept. 1893.

d'une forte santé. Il dit cependant avoir un peu maigri et sentir diminuer ses forces. La voix est nasonnée et gutturale : les mouvements de déglutition sont pénibles, difficiles, mais non à proprement parler douloureux. Pas de fièvre, l'appétit est à peu près conservé. Jamais il n'a eu dans le jeune âge d'hypertrophie des amygdales.

A l'examen de la gorge, on voit tout l'isthme du gosier obstrué dans une large mesure par une hypertrophie énorme des deux amygdales, un peu plus marquée du côté gauche que du côté droit. Pas d'ulcérations, aspect de l'hypertrophie simple de l'amygdale. Il est impossible d'examiner au laryngoscope les parties profondes du pharynx, mais en passant doucement le doigt entre la langue et ces deux tumeurs, je constate que l'amygdale linguale est également hypertrophiée et présente le volume d'une grosse noisette. Ganglions durs, mais peu volumineux, dans la région sous-maxillaire droite des deux côtés, s'étendant jusqu'au creux sus-claviculaire. Ganglions durs et assez gros dans les aisselles et dans les aines. Pas d'hypertrophie appréciable de la rate. L'amygdale gauche est un peu plus volumineuse que la droite, elle présente à la partie supérieure un petit lobule légèrement détaché du reste de la glande. C'est là, dit le malade, que siégeait le petit abcès survenu au début. J'excisai au serre-nœud ce petit lobule pour en faire l'examen histologique qui confirma le diagnostic qui s'imposait de lymphadénome des amygdales, avec lymphadénie. La partie détachée de la tumeur représentait du tissu lymphoïde pur.

L'examen du sang faisait constater une leucocytose assez prononcée. Une particularité à noter : le malade se plaint d'insomnies fréquentes ; il est obligé de se lever la nuit, de marcher, en proie à une agitation incessante.

En raison de quelques accidents anciens de syphilis, assez peu nets, je prescrivis pendant une quinzaine le traitement ioduré qui ne donna, comme je le pressentais, aucun résultat, et de suite je mis le malade à l'usage quotidien et progressif de la liqueur de Fowler. La dose de 4 gouttes devait être montée graduellement à 6, 10, 12 et 20 gouttes par vingt-quatre heures.

Sous l'influence de ce traitement suivi avec beaucoup de persévérance, les amygdales diminuèrent un peu de volume et la déglutition put se faire plus aisément. Quand je revis le malade, quatre mois environ après le début du traitement arsenical, il y avait en effet du côté de la gorge une amélioration évidente ; les amygdales étaient toujours très grosses, mais elles laissaient une voie plus large au passage des aliments. L'amygdale linguale avait diminué de plus de

moitié. Par contre, l'adénopathie sous-maxillaire était dans le même état; peut-être les ganglions étaient-ils plus durs, mais pas plus volumineux. Le malade se plaignait d'envies d'uriner fréquentes et d'un peu de polyurie. L'analyse de l'urine, que je pratiquai séance tenante, ne révélait ni sucre, ni albumine. Les forces étaient un peu revenues.

Je conseillai alors de suivre avec intermittences ce traitement arsenical sans autre médicament. Un simple gargarisme boricophéniqué devait remédier à la sécheresse, et suffire au lavage des amygdales et de la gorge. Ce traitement prolongea pendant près de deux années la vie du malade, sans que j'aie eu à intervenir pour les tumeurs amygdaliennes. Une note de mon excellent confrère, que je recevais au commencement de cette année, m'apprenait sa mort survenue par cachexie. Quelques mois avant la fin était survenue de l'hypertrophie des ganglions mésentériques; mais les tumeurs amygdaliennes étaient restées stationnaires; les ganglions sous-maxillaires, les ganglions inguinaux et axillaires n'avaient pas non plus augmenté de volume. Le malade avait conservé une grande activité durant sa maladie et faisait de très longues courses. Il avait continué le traitement arsenical qu'il avait même monté à de hautes doses; il lui était arrivé d'en prendre jusqu'à 35 gouttes par jour.

Obs. II. — Mme X... m'est adressée, dans le courant du mois d'août 1894, par les Drs Boncour et Bouchereau pour des troubles assez graves dus à une obstruction de la gorge par des tumeurs amygdaliennes. La malade, âgée d'une soixantaine d'années, a commencé à souffrir de la gorge dans les premiers jours d'avril. Jusque-là, elle n'avait rien présenté d'anormal et sa santé générale avait été, dit-elle, satisfaisante. A ce moment, on constata une tuméfaction assez prononcée de l'amygdale gauche sans réaction fébrile, qui ne céda pas à un traitement par des gargarismes antiseptiques. Des scarifications et cautérisations légères à l'acide lactique diminuèrent momentanément le gonflement de l'amygdale, mais la gêne de la déglutition, la dyspnée, reparaissaient bientôt plus marquées, d'autant que l'amygdale droite, jusque-là indemne, s'hypertrophiait à son tour. On notait en même temps un trouble de la santé générale. Divers traitements médicaux furent suivis sans grand succès; l'arséniate de soude conseillé par un de nos collègues, ne provoqua pas de diminution des tumeurs et pas d'amélioration de l'état général. Cependant les ulcérations survenues à la suite des

cautérisations, qui persistaient sur les amygdales depuis plusieurs mois, avaient à peu près disparu sous l'influence de cette médication.

Quand la malade vient me trouver, elle est, depuis plusieurs jours, en proie à des crises de dyspnée spasmodique assez graves, surtout quand elle est couchée. La gêne de la déglutition est extrême; à peine si la malade peut ingérer quelques gouttes de liquide, sans avoir aussitôt des menaces de suffocation. Comme chez le malade précédent, le sommeil est difficile et n'est obtenu qu'au moyen de doses assez élevées de codéine. Les deux amygdales sont énormes et se touchent sur la ligne médiane ne laissant entre elles qu'un étroit passage. La gauche est visiblement plus volumineuse que l'autre. Pas d'ulcérations. L'aspect est celui de l'hypertrophie simple avec une coloration plus pâle de la muqueuse; la consistance est molle, avec quelques points indurés par places. Adénopathie cervicale et sous-maxillaire énorme du côté gauche, dure, peu douloureuse; du côté droit, les ganglions sont pris également, mais moins volumineux.

L'hypertrophie ganglionnaire existe dans les deux aisselles, les aines, sans former cependant de véritables tumeurs. La rate est hypertrophiée. Je n'ai pu faire l'examen du sang, mais le diagnostic semblait, d'après ces symptômes et l'évolution de la lésion, des plus nets; il s'agissait évidemment d'un lymphadénome amygdalien avec lymphadénie.

En présence des accidents de suffocation présentés par la malade, je prévins les personnes qui l'accompagnaient qu'il faudrait de toute nécessité, pour éviter un accident subit, en venir à une ablation ou à une trachéotomie, l'opération bien entendu ne devant être qu'un pis aller, car l'état général ne laissait pas l'espoir d'une guérison. Je conseillai en attendant la reprise du traitement arsenical à hautes doses. Cette prévision se réalisait quelques jours plus tard. Le 4 septembre le Dr Bazy était obligé, pour remédier à l'asphyxie, de pratiquer l'ablation des amygdales; le soulagement, au point de vue de la respiration et de la déglutition, était immédiat et complet. Mais il y eut presque aussitôt une répercussion vive du côté de l'adénopathie cervicale qui devenait énorme, et la mort survenait par cachexie cinq semaines plus tard. Il n'y avait pas eu de récidive du côté des amygdales.

Demange et la plupart des auteurs qui ont traité ce sujet de la lymphadémie ont noté que le lymphadénome amygdalien débutait souvent par le côté gauche de préférence. Sans

que j'aie pu élucider ce point chez le premier de mes deux cas, il est à noter que l'amygdale du côté gauche était notablement plus volumineuse et que les ganglions de ce côté étaient également plus envahis. Chez la seconde malade, l'amygdale gauche avait été prise la première. Il est difficile d'expliquer cette particularité qui est signalée dans un très grand nombre d'observations.

Contrairement aux tumeurs nettement sarcomateuses, le lymphadénome, s'il débute plutôt d'un côté que de l'autre, ne reste pas longtemps sans se montrer dans l'autre amygdale. Cette bilatéralité précoce, presque de début, me semble un signe caractéristique du lymphadénome.

Je n'ai pas constaté cet aspect grisâtre, cérébriforme, décrit par Demange; les amygdales avaient le caractère de l'amygdale simplement hypertrophiée avec une teinte plus pâle et plus décolorée. Cette pâleur et cette décoloration s'étendent en général à la muqueuse de la bouche et du voile et tiennent à l'état anémique et cachectique du sujet.

Enfin, je noterai ces insomnies persistantes, très nettes chez les deux malades et qui n'étaient point le résultat du traitement arsenical, puisqu'elles se sont montrées dès les premières manifestations du mal.

Le traitement arsenical préconisé par Billroth, Czerny, contre les lymphadénomes ganglionnaires, en France par Reclus, Verneuil, Panas, est le seul traitement qui ait donné quelques résultats satisfaisants. Employé à doses progressives, il réussit souvent, je ne dirai pas à guérir, mais à enrayer la marche de l'affection, à ralentir son allure. Chez mon premier malade les accidents du côté de la gorge ont été modifiés. Les amygdales ont diminué suffisamment pour permettre l'alimentation facile et n'ont plus bougé jusqu'à la mort arrivée par envahissement à distance et cachexie. L'arsenic doit être donné, pour être utile, à doses élevées, progressivement cela s'entend. Quand il peut être toléré, les résultats sont, au moins temporairement, souvent très satisfaisants.

Le lymphadénome amygdalien n'est pas justiciable d'une

opération chirurgicale ; il ne s'agit pas là d'une entité morbide distincte que l'exérèse peut détruire en totalité. Ce n'est qu'une manifestation locale d'une affection atteignant tout le système lymphoïde. L'intervention n'est donc pas justifiée. Elle s'impose cependant à titre palliatif ; les tumeurs deviennent si volumineuses, obstruent à un tel degré l'isthme du gosier que non seulement la déglutition est fort difficile ou impossible, mais la respiration fort gênée et d'autant plus gênée que le tissu lymphoïde pharyngien est quelquefois pris simultanément. Il faut donc intervenir pour parer à des accidents graves et l'ablation des amygdales est nécessaire. Cette opération de pis aller a eu en général un fâcheux retentissement sur la marche de la maladie ; quand il ne se fait pas de récidive locale (observations de Schrœtter, Panas), il se produit du côté des ganglions cervicaux une répercussion vive et rapide (Obs. II).

Dans un cas relaté par Kendal Franks (1) l'opération faite pour remédier à des accidents d'asphyxie ne fut pas suivie de récidive, mais il y eut envahissement plus marqué des ganglions, accentuation de la cachexie, diarrhée profuse ; néanmoins, le malade eut une survie de sept mois. Il fallut faire dans ce cas la trachéotomie au cours de l'opération pour parer à une cyanose mortelle, et enlever avec les amygdales d'énormes tumeurs adénoïdes survenues par envahissement de voisinage. Ce sont là des opérations de nécessité et qui ne donnent pas un très grand répit. Le traitement médical reste en fait le seul à employer.

DISCUSSION

M. Beausoleil. — J'ai présenté à la Société Anatomique de Bordeaux un lymphadénome de l'amygdale droite. M. Moure avait enlevé chez ce malade un fragment d'amygdale, et c'est à la suite de cette intervention que survinrent des accidents graves provoqués par une augmentation rapide de la tumeur. Le malade dut subir une autre opération plus sérieuse et au bout de peu de temps il succomba.

(1) *Journ. of Laryng.*, oct. 1891.

DES INFLAMMATIONS DE L'AMYGDALE LINGUALE D'ORIGINE DENTAIRE ET BUCCALE

Par **A. RAOULT** (de Nancy), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les tissus adénoïdes, étant donné leur rôle phagocytique, réagissent toujours contre les infections du voisinage. Les tissus amygdaliens ont été placés, comme organes de défense contre les microorganismes provenant du nez et de la bouche, et disposés comme une barrière : en arrière des fosses nasales, de chaque côté et au dessous de l'isthme du gosier. Nous savons tous, enfin, que toute lésion située au dessus d'un organe amygdalien et sécrétant un mucus infecté enflamme cet organe, qui réagit contre les microorganismes contenus dans ce mucus. C'est une notion reconnue de tous, que les inflammations de l'amygdale linguale accompagnent très fréquemment les catarrhes chroniques ou aigus du nez et du pharynx.

Magitot a montré depuis longtemps que les amygdales de l'isthme étaient souvent enflammées chez les individus atteints de carie dentaire. Il est d'autant plus facile d'admettre que l'amygdale linguale puisse être à son tour enflammée, lorsque la salive est infectée par suite de suppuration dentaire, que cette salive, en suivant la base de la langue et les replis glosso-épiglottiques vient constamment baigner la région où est située cette amygdale. De plus, ces produits de sécrétion sont arrêtés par l'épiglotte, et ils restent en permanence dans une sorte de gouttière formée par celle-ci et par les replis Si la salive est infectée, l'amygdale linguale réagira contre les microorganismes, et secondairement s'enflammera. Elle pourra même rester malade un certain temps, lorsque la cause infectante aura été supprimée, et de plus dans certains cas elle pourra s'hypertrophier. On se trouvera donc en présence soit de lésions aiguës, soit de lésions chroniques de la quatrième amygdale.

Après avoir examiné un certain nombre de malades, j'ai été surpris de la fréquence des affections dentaires et buccales chez les individus atteint de lésions de cet organe, et

je suis arrivé à admettre cette interprétation d'une cause fréquente d'amygdalite linguale. Depuis ce moment, j'ai recherché avec soin cette étiologie, et les cas que j'ai observés m'ont confirmé dans cette opinion. Très souvent, en effet, des malades se plaignaient de gêne à avaler, avec sensation de gonflement à la base de la langue, sans qu'on pût découvrir de lésion ou tout au moins de grave lésion du pharynx et du nez.

Dans d'autres cas, les lésions nasales et pharyngées peu accentuées n'avaient pendant longtemps entraîné aucune sensation du côté de la base de langue, et les symptômes localisés à cet endroit avaient coïncidé avec des phénomènes de stomatite ou tout au moins de gingivite. A l'examen, on trouve la rougeur et le gonflement de l'amygdale linguale, enfin toutes les formes de l'inflammation de cet organe que nous connaissons.

Sur 120 cas de lésion plus ou moins accentuée de l'amygdale linguale que j'ai observés, tant dans ma clientèle qu'à ma clinique, j'ai pu noter 35 cas accompagnés de lésions dentaires et buccales. Le nombre de ces cas, où l'infection des dents et de la bouche entre comme cause des lésions de la quatrième amygdale, répond donc à un peu plus du quart des cas d'amygdalite linguale aiguë ou chronique pris en bloc. Je crois même pouvoir affirmer que cette proportion peut être augmentée au profit de la cause que nous indiquons, car au début je n'avais pas recherché cette étiologie, dans les premières observations que j'ai prises.

Parmi les cas où j'ai rencontré des lésions dentaires ou buccales, ces lésions n'étaient pas toujours seules pour engendrer l'inflammation de l'amygdale linguale, mais elles intervenaient comme adjuvantes, je pourrais dire comme coup de fouet, sur un organe peu ou pas atteint. La preuve en est que bien souvent il m'a suffi de faire enlever les dents cariées, de faire prendre au malade un soin rigoureux de sa bouche, pour que la gêne de la déglutition cessât. Fréquemment, dans les cas où on ne trouve comme cause que les lésions buccales, on observe, en même temps que

l'inflammation de l'amygdale linguale, de la rougeur, du gonflement des amygdales de l'isthme, ainsi que du fond du pharynx ; mais on ne perçoit aucune lésion au dessus de la portion buccale de ce dernier organe.

Nous avons observé 12 cas où la cause dentaire ou buccale pouvait seule être incriminée, et 23 cas où elle s'ajoutait à la cause naso-pharyngée. Il est rare que les lésions amygdaliennes se produisent, s'il y a seulement de la carie dentaire, sans gingivite. Il faut donc un certain degré d'infection pour que la réaction de l'organe adénoïde ait lieu. Il semble toutefois, je le répète, que l'infection buccale agisse surtout chez des individus prédisposés par des inflammations antérieures du naso-pharynx.

Chez les malades que j'ai observés, les symptômes ont été les mêmes que ceux de toute amygdalite linguale, soit aiguë, soit chronique, phénomènes plus ou moins accentués, suivant l'acuité de l'affection, et l'état nerveux du malade.

Chez trois d'entre eux, assez nerveux d'ailleurs, la stomatite par infection dentaire était très intense et provoquait une salivation abondante. Ces trois malades étaient surtout préoccupés de cet excès de sécrétion. La salive, dont deux m'apportèrent un échantillon, était grisâtre, et laissait déposer au fond du flacon un dépôt purulent. Ces malades se plaignaient d'une gêne très grande pour déglutir, surtout pour avaler la salive, ce qu'ils faisaient constamment par suite de l'abondance de cette sécrétion. Ils éprouvaient la sensation d'un corps étranger dans la gorge, et montraient du doigt la partie supérieure du larynx, pour indiquer l'endroit où ils souffraient. A l'examen, nous avons trouvé la base de la langue très rouge, de même que la portion buccale du pharynx, et l'amygdale linguale plus ou moins gonflée. Un de ces malades avait à peu près toutes les dents cariées, et naturellement une stomatite très violente.

Une de nos malades, très nerveuse, se préoccupait d'une salivation cependant peu abondante, et surtout de la présence de sang dans la salive, et constamment elle ramassait la salive dans sa bouche, et crachait dans son mouchoir

pour voir s'il y avait encore du sang. Voici d'où venait sa préoccupation : elle avait depuis longtemps de l'hypertrophie des amygdales : un confrère avait pratiqué l'ablation de l'amygdale droite au bistouri. L'hémorragie primitive s'était arrêtée, mais quelque temps après, s'était produite une hémorragie secondaire, qu'aucun tamponnement ne put arrêter. On dut suturer les parois de la plaie pour arrêter le sang. Tout se cicatrisa; et c'est quelque temps après que la malade trouva encore du sang dans ses crachats; elle se figurait que c'était la plaie opératoire qui saignait encore. Lorsque je l'examinai, environ un mois et demi après l'opération, elle était très inquiète de la présence du sang dans la salive, et elle se plaignait de douleurs dans la gorge, surtout à droite, douleurs qui la gênaient pour avaler. Chez elle, l'amygdale linguale était enflammée surtout à droite, et cet organe se prolongeait sous forme de follicules isolés sur les replis pharyngo-épiglottiques, jusqu'à toucher la partie supérieure de la loge amygdalienne. En examinant attentivement la bouche dont la muqueuse était rouge, je trouvai, parmi un grand nombre de dents cariées, une grosse molaire supérieure du côté droit dont la pulpe ulcérée saignait au moindre attouchement, et la malade suçait continuellement cette dent et en tirait une petite quantité de sang qui venait teinter la salive. Du reste la malade était hémophilique, car après une extraction dentaire faite un peu prématurément par un dentiste qui n'avait pas attendu que la poussée inflammatoire de la gingivite fût calmée, la malade eut une hémorragie qui dura deux jours, et on dut abandonner les extractions, cependant bien nécessaires chez elle. Elle put toutefois s'améliorer, par des soins très minutieux de la bouche, et à la suite de cautérisations de l'amygdale linguale.

Chez trois autres malades, la stomatite était entretenue par le port d'un dentier, posé sur des gencives en mauvais état, soit par négligence du malade, qui ne nettoyait avec soin ni sa bouche, ni son dentier; soit par incurie du dentiste, qui avait placé le dentier tout en laissant des racines mal cicatrisées. Chez une de ces malades, il a suffi de faire

enlever les chicots et nettoyer la bouche, pour que les accidents du côté de l'amygdale linguale disparaissent. Chez les deux autres, nous avons dû par la suite pratiquer la cautérisation de ce dernier organe.

Dans plusieurs cas, nous avons observé la lésion qui nous occupe chez des malades d'un certain âge, présentant de la gingivite expulsive des vieillards. Chez un de nos malades, la stomatite était entretenue par l'abus de la chique; il a suffi de faire cesser cette habitude malpropre pour que la gêne à avaler, la rougeur de la quatrième amygdale, disparaissent à leur tour.

Les lésions de l'amygdale linguale : rougeur et surtout tuméfaction, peuvent persister longtemps après que la cause de l'infection a disparu. Tel est le cas d'une dame, qui avait eu longtemps des dents cariées, et qui lorsque nous l'examinâmes avait fait soigner celles-ci depuis deux ans, mais avait conservé une sinusite maxillaire. Cette sinusite fut traitée par la trépanation de l'alvéole, le drainage et les lavages ; elle est actuellement presque complètement guérie. L'hypertrophie de l'amygdale linguale a persisté et nous avons dû en pratiquer la cautérisation.

La présence de cette hypertrophie amygdalienne, sujette à des poussées inflammatoires, peut elle-même provoquer par voisinage l'inflammation du larynx, d'où des poussées de laryngite aiguë à répétition, et même de trachéite. Je ne m'étendrai pas sur les complications nerveuses, que nous savons tous être si fréquentes dans les affections de l'amygdale linguale. Je mentionnerai seulement les douleurs d'œsophagisme, qui me semblent être plus fréquentes dans cette forme d'origine buccale et dentaire.

Le traitement que j'ai appliqué a été des plus simples. Il a consisté, dans les formes où l'origine buccale et dentaire existait seule, à faire l'antisepsie de la bouche au moyen de solutions boriquées contenant une petite quantité d'acide phénique, à toucher, s'il est nécessaire, le bord des gencives avec de la teinture d'iode. Je n'ai fait enlever les dents cariées qu'après quelques jours de ce traitement, afin d'éviter

les infections de la plaie opératoire. En même temps, je prescrivais des badigeonnages de la base de la langue au moyen du crochet à larynx, avec de l'huile mentholée.

Dans les cas où il existait en même temps des lésions du nez et du pharynx, en plus du traitement précédent je soignais les lésions existantes.

Enfin, parmi les 35 cas mentionnés ci-dessus, je n'ai dû pratiquer la cautérisation de l'amygdale linguale que dix fois, et je ne l'ai fait qu'après avoir prescrit les soins que j'ai mentionnés plus haut, et m'être assuré que l'hypertrophie résistait à cette médication. En effet, ordinairement, environ huit ou dix jours après le début de ce traitement, les malades se trouvaient bien soulagés, et c'est après avoir attendu la cessation des accidents inflammatoires aigus, et lorsqu'il restait seulement une hypertrophie de l'amygdale linguale, que j'ai procédé à la cautérisation.

En présence des faits ci-dessus énoncés, je pense qu'on peut admettre que les lésions des dents et de la bouche participent pour une part importante à l'infection de l'amygdale linguale, et qu'elles produisent fréquemment, soit en agissant seules, soit en s'ajoutant aux lésions du pharynx et du nez, le gonflement et l'hypertrophie de cette amygdale. Il faut donc, je crois, toujours penser à examiner l'état de la bouche et des dents des malades qui se plaignent des symptômes dont l'existence nous fait penser à une lésion de la quatrième amygdale.

UN CAS D'HÉMORRAGIE LARYNGÉE SIMULANT UNE HÉMOPTYSIE

Par le Dr **FERRAS** (de Luchon).

C'est avec intention que je donne ce titre à ma communication, car je ne crois pas qu'on soit autorisé à parler de laryngite hémorragique, lorsque les symptômes de laryngite n'ont pas précédé nettement l'hémorragie.

Or, dans mon observation, l'hémorragie a été le fait dominant, d'emblée, à ce point qu'il n'existait pas de laryngite avant, ni après l'accident.

A. C..., domestique, âgée de vingt ans. De constitution robuste, issue d'une famille arthritique, elle quitte, en pleine santé, les travaux des champs pour ceux de la ville. Douée d'une voix forte et très étendue, elle soumet très souvent son larynx à un exercice violent et soutenu, surtout lorsque son travail l'appelle dans les jardins et dépendances de la maison où elle sert.

Bientôt le changement de vie, peut-être un travail excessif, amènent des troubles de la santé. Le teint pâlit, l'amaigrissement survient; les menstrues deviennent irrégulières; l'aménorrhée s'établit. Le caractère s'attriste, le chant est plus rare. Ni dysphonie, ni aphonie. La toux se montre par accès, et un jour, elle crache d'abord un peu de sang rouge, puis une quantité plus grande, et la toux aidant, elle en rejette, dit-elle, durant toute la matinée, la valeur d'un demi-verre minimum. Avec le repos absolu, l'hémorragie cesse.

Effrayée, redoutant le début d'une phtisie pulmonaire dont elle connaît les crachements de sang, elle vient me consulter le lendemain. N'ayant trouvé aucune trace d'épistaxis, ni d'autre hémorragie dans la région de l'isthme ni du pharynx, je recherchai dans les poumons la cause de cet accident : la résistance amoindrie de cette jeune fille ayant pu favoriser l'éclosion de la tuberculose. Ayant constaté l'intégrité des poumons, je songeai à pratiquer l'examen du larynx.

En plaçant le miroir, j'eus la bonne fortune de voir, se dessinant un peu en relief, au niveau postéro-supérieur de l'espace interaryténoïdien, deux veinules anostomosées à angle obtus.

La partie de la veine plus saillante, voisine de la base de l'aryténoïde droit, présentait une petite déchirure obturée par un caillot intra-veineux. La muqueuse laryngée était généralement injectée, un peu moins au niveau des cordes vocales. En aucune autre partie, il n'y avait trace d'hémorragie, ni en masse, ni par points isolés.

La position de l'épiglotte et la tolérance de la malade rendirent facile l'examen de ce cas, qui me parut intéressant, n'ayant pas connaissance d'autres faits où le siège de l'hémorragie ait pu être aussi nettement signalé.

Très souvent, comme dans le cas actuel où j'ai noté l'aménorrhée, c'est une femme qui a fourni l'observation,

ce qui confirme les remarques de Bayer (Londres 1881); de Moure (1883); de Stepanow (Moscou 1884). L'observation de Poyet a été recueillie aussi chez une actrice.

En résumé, une jeune fille de vingt ans, aménorrhéique, amaigrie depuis peu, présentant de la toux, a eu, un jour, un crachement de sang assez abondant. L'état général pouvait faire redouter le début d'une tuberculose. L'examen laryngoscopique a suffi pour préciser le diagnostic d'hémorragie laryngée, par rupture veineuse inter-aryténoïdienne, sans gravité. C'est donc un nouvel exemple à signaler à nos confrères s'occupant de médecine générale, et qui montre bien le secours qu'on peut attendre de la laryngoscopie.

NOTE SUR UN CAS D'OTITE MOYENNE DOUBLE AVEC ACCIDENTS CÉRÉBRAUX

Par le Dr **L. VACHER** (d'Orléans).

Depuis quelques années, les observations d'otite moyenne suppurée, avec complications du côté de l'attique et de l'antre mastoïdien, ont été publiées en grand nombre, accompagnées de travaux remarquables sur les opérations simples ou combinées qui peuvent se pratiquer dans cette région importante, et sur les avantages qu'il y a pour les malades à ne pas différer l'ouverture et l'exploration des régions dangereuses qui avoisinent l'oreille moyenne.

Au Congrès de chirurgie, l'automne dernier, à Lyon, le Dr Broca a fait sur ce sujet une communication qui porte sur près de cent opérations. Il a résumé d'une manière remarquable le manuel opératoire et les indications de la trépanation de l'apophyse mastoïde; de l'ouverture de l'antre mastoïdien par le procédé de Schwartze, et de la libération du recessus épitympanique par la méthode de Stacke. Cette importante communication est connue de tous et je ne saurais rien y ajouter; mais j'ai eu, il y a quelques mois, l'occasion de soigner un malade qui a présenté des

accidents particuliers d'otite moyenne sans suppuration, que j'ai cru intéressant de vous communiquer, à cause de leur rareté à l'âge adulte, et aussi parce que de leur étude découlent, à mon avis, certains enseignements qui ne me paraissent pas assez vulgarisés, bien que leur application doive entraîner le salut de nombreux malades, victimes d'une indifférence, d'une ignorance ou d'une temporisation qui ne sont plus excusables aujourd'hui.

Observation. — Le 22 septembre 1894, se présente à ma consultation un cocher de fiacre âgé de vingt-six ans, qui, depuis le matin à son réveil, éprouvait des troubles auditifs de l'oreille droite. Cet homme est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, sa santé ordinaire est bonne, car il ne se souvient pas d'avoir été malade, si ce n'est de la rougeole à six ans et de fièvres intermittentes à douze.

Ouvrier boulanger de treize à vingt-six ans, il a toujours travaillé rudement et n'a quitté son premier état, pour se faire cocher de fiacre, il y a quelques mois, que pour augmenter son salaire.

Le 22 septembre, à six heures du matin, avant de monter sur son siège, il s'aperçoit qu'il est sourd de l'oreille droite, sans éprouver de douleurs ni de bourdonnements.

Les douleurs apparaissent bientôt, augmentent rapidement, deviennent intolérables, et vers une heure il quitte son travail pour venir me consulter. Je trouve un conduit auditif externe intact, un tympan congestionné et fortement bombé en dehors. L'emploi du spéculum de Siegle est intolérable. Je porte le diagnostic de myringite aiguë avec épanchement probable dans la caisse.

Comme les douleurs ressenties par le malade me font croire à une compression de l'étrier dans la fenêtre ovale, je ponctionne le tympan au lieu d'élection après une irrigation antiseptique. Il s'écoule du sang pur en notable quantité; l'audition, complètement abolie de ce côté, renaît immédiatement, et les douleurs se calment un peu. Après en douche d'air, qui achève de vider la caisse du sang pur qu'elle contient, je fais un pansement iodoformé.

Après quelques heures de soulagement, le 23 septembre les douleurs violentes reparaissent jusqu'à dix heures du soir, où elles provoquent un accès de délire furieux qui dure pendant quatre heures sans autres phénomènes cérébraux, ni fièvre, ni vomissements. Plusieurs hommes étaient nécessaires pour contenir le malade. Je fais alors une aspiration violente par le conduit auditif externe, qui vide de nouveau la

caisse, et une piqûre de morphine. Les jours suivants, faiblesse extrême du malade ; même traitement : douche d'air, irrigation antiseptique de la caisse, injection de morphine.

Le 26 septembre, nouvel accès moins violent, cathétérisme par la trompe, douche avec la sonde, médication calmante et antithermique contre la fièvre qui s'est déclarée ; quinine, antipyrine ; bromure et chloral.

Etat stationnaire pendant une semaine ; pas de suppuration, pas de gonflement, pas de douleur autour du pavillon. Diminution considérable de l'ouïe, bourdonnements violents, sonneries de cloches, etc.

Le 8 octobre, nouvel accès de délire furieux, entrecoupé de coma, qui dure sept heures ; pas de phénomènes méningitiques ; pupilles et papilles normales, pouls légèrement accéléré, mais pas de fièvre ; le malade répond très bien à toutes les questions qu'on lui pose. Entre les accès, il se plaint d'une forte douleur dans l'oreille droite exclusivement ; rien dans l'oreille gauche, ni dans les cavités nasales.

Le tympan est toujours congestionné, mais la perforation est maintenue ouverte, la douche d'air passe très facilement, sans gargouillement ; pas trace de suppuration de la caisse.

Je continue les irrigations de la caisse au cyanure de mercure au 1/10000. A partir de ce jour jusqu'aux premiers jours de novembre, je fais des douches d'air, des aspirations par le conduit externe, des pansements à la glycérine iodoformée, en continuant la quinine et l'iodure de potassium.

Un mieux sensible en résulte : les bourdonnements, les sonneries diminuent et disparaissent, l'audition est presque normale.

Vers le 4 novembre, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, apparaît un chapelet ganglionnaire, s'étendant du pavillon jusqu'à la clavicule, le long du sterno-cléido-mastoïdien. La région devient très douloureuse à la pression, les douleurs dans l'oreille moyenne recommencent et augmentent sans que l'état de la caisse puisse être incriminé ; le tympan est cicatrisé, la douche d'air est facile. La fièvre renaît avec le délire et l'insomnie.

Bien qu'il n'y eût pas trace de suppuration, l'indication me paraissait être de trépaner l'apophyse mastoïde. Avant de m'y décider, j'adressai le malade à mon excellent confrère et ami le Dr Lermoyez, qui jugea lui-même le cas bien difficile. En effet, si la douleur était vive à la pression et si l'on observait un léger œdème de la mastoïde droite, l'oreille moyenne et le conduit auditif externe étaient intacts ; nulle part trace de pus, bien qu'il y eût un engorgement des ganglions lymphatiques. Cependant, la trépanation simple de Schwartze, faite

avec prudence et avec une antisepsie parfaite, n'offrant aucun danger, il me conseillait d'y avoir recours, si les phénomènes cérébraux se renouvelaient.

Quelques jours après, bien que les symptômes fussent les mêmes, il n'y avait plus à hésiter, le malade réclamait lui-même l'opération.

Le 15 novembre, aidé de mon ami le Dr Baillet, dont les connaissances chirurgicales et anatomiques m'étaient précieuses, je pratiquai sans aucune difficulté la trépanation de l'antre mastoïdien et rompis largement les cloisons des cellules. Pas trace de pus nulle part, mais écoulement sanguin assez abondant. La plaie ne fut pas refermée, mais tamponnée à la gaze iodoformée. Les suites de l'opération furent très simples. Comme par enchantement, les phénomènes cérébraux cessèrent. L'audition et la santé se rétablirent lentement, les bruits subjectifs diminuèrent progressivement.

Je croyais tout rentré dans l'ordre, lorsque se produisit une nouvelle crise dont le siège était l'oreille gauche : mêmes douleurs violentes, même délire, moins fort et moins long cependant, même diminution presque complète de l'audition.

L'examen de la gorge, du nez, pratiqué avec soin, restait encore négatif. Le cathétérisme de la trompe gauche était facile ; pas de gargouillements, mais de l'hypérémie tympanique. Je me contentai de recourir au bromure, au chloral et aux injections de morphine.

Le surlendemain, chapelet ganglionnaire le long du sterno-mastoïdien gauche ; mêmes douleurs, mais fortement atténuées. Instruit par le processus morbide du côté droit, je fis une paracentèse du tympan gauche et une aspiration qui donna issue, comme pour l'autre oreille, à une petite quantité de sang pur. J'ordonnai deux sangsues à l'apophyse mastoïde gauche et des frictions hydrargyriques sur la tempe.

Cette poussée sur l'oreille gauche fut relativement bénigne et de courte durée. Au bout de trois jours je cessai les aspirations par le couduit, la cicatrisation du tympan se fit avec une rapidité extrême, la convalescence fut rapide, et le 15 décembre le malade complètement guéri avait retrouvé son acuité auditive normale. Depuis le mois de janvier il a repris son fouet et ne l'a pas quitté.

Il me semble que cette observation présente certaines particularités peu communes : 1° le début brusque et sans douleur de cet épanchement intra-tympanique de l'oreille droite uniquement révélé par la diminution rapide

de l'audition ; — 2° l'amélioration immédiate produite par la paracentèse du tympan, l'évacuation de l'épanchement et les douches d'air; — 3° les accès de délire furieux sans autre manifestation cérébrale; — 4° l'apparition des mêmes accidents à l'oreille gauche de longues semaines après la trépanation de l'apophyse mastoïde droite.

A quoi attribuer le début brusque et sans douleur de l'hémorragie de la caisse droite?

Le malade n'avait pas eu la grippe et rien ne m'autorise à l'incriminer, les otites grippales n'ayant pas, du reste, une évolution semblable. Ce cocher n'est ni syphilitique ni éthylique; il n'avait eu récemment ni maladie grave, ni contrariété, ni refroidissement. Toute la journée précédente il l'avait passée sur son siège comme à l'ordinaire.

D'où vient donc cet épanchement ? Est-ce une affection labyrinthique ? la panotite de Politzer ? ou une hémorragie de l'antre mastoïdien ayant fusé dans la caisse ? Il faut bien se rappeler que pendant tout le cours de cette affection bizarre je n'ai trouvé trace de pus ni dans l'oreille moyenne, ni dans l'apophyse, ni dans les conduits externes.

Le délire furieux, le coma, les vertiges et les bruits insupportables observés seraient en faveur d'une lésion de l'oreille interne; mais le retour rapide de la santé et de l'audition me paraît incompatible avec une lésion du labyrinthe.

Dans les otites moyennes suppurées avec envahissement de l'attique et des cellules mastoïdiennes, on observe du délire et du coma, qui s'accompagnent d'autres symptômes du côté des méninges et de la circulation; la fièvre est violente, le pouls petit, intermittent : il y a de la constipation, des vomissements, de la congestion papillaire, de la paresse ou de l'immobilité pupillaire; en un mot, tout le cortège des accidents qui peuvent faire croire à une complication méningée.

Dans cette observation rien de semblable. En dehors des accès, le malade a toutes ses facultés, mais l'audition est abolie, ce qui indique une localisation complète des accidents. L'épreuve de Weber était positive.

Comment expliquer cependant ce chapelet ganglionnaire du côté droit, qui disparaît rapidement après la trépanation ? A quoi l'attribuer puisque la présence du pus n'a pas été constatée ?

Enfin, quel a été le mécanisme de la poussée sur l'oreille gauche avec les mêmes symptômes atténués cependant ?

Parmi les nombreuses observations d'otite moyenne ou interne que j'ai parcourues, je n'en ai pas trouvé qui présentât des accidents semblables. L'amélioration immédiate produite par la paracentèse du tympan, l'aspiration du contenu de la caisse et la douche d'air, est une preuve de plus qu'en présence d'accidents très douloureux rapidement paroxystiques dont le point de départ est probablement l'oreille moyenne, nous ne devons pas hésiter à ponctionner le tympan quand bien même l'existence d'une sécrétion quelconque dans la caisse ne serait pas certaine. J'insiste sur l'aspiration qui est très simple et très rapidement faite avec la canule et la seringue que je vous ai présentées.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer de cette façon, volontairement, la réouverture d'une perforation tympanique sans avoir de nouveau recours au bistouri. Je fais avec le même instrument le massage du tympan et les irrigations de la caisse et de la trompe d'Eustache, lorsqu'il existe une large perforation tympanique, une grande perméabilité de la trompe. Le liquide, poussé avec précaution, s'écoule facilement par la narine, après avoir irrigué toute l'oreille moyenne. Les malades n'éprouvent aucune douleur ; on observe quelquefois un peu de vertige passager. Mais je reviens à mon sujet et je reste persuadé que sans une intervention chirurgicale rapide, les accidents n'auraient pas tardé à devenir plus graves, pour se terminer par la mort ou la perte définitive de l'audition.

C'est pour cette raison que je disais au début de cette note que de cette observation découlent certains enseignements, à savoir : qu'il n'est plus permis de traiter à la légère les affections inflammatoires ou congestives de l'oreille moyenne et de s'endormir dans une coupable insouciance,

comme nous le voyons encore journellement, en prescrivant des antiphlogistiques ou des calmants, alors qu'un examen approfondi et judicieux imposerait dès le début une intervention chirurgicale de la plus haute importance pour le salut du patient ou de son organe. Mais un bon diagnostic, dans les maladies de l'oreille moyenne, est quelquefois bien difficile même pour ceux qui s'y sont préparés par des études spéciales longues et sérieuses. Aussi je ne crains pas d'avancer que ceux-là encourent une grande responsabilité qui soignent des affections de ce genre sans avoir les connaissances suffisantes.

DISCUSSION

M. Miot. — Je demanderai à mon collègue si la perception osseuse était bonne et s'il a employé les réfrigérants.

M. Vacher. — La perception osseuse était bonne. Je ne me suis pas servi de réfrigérants.

M. Miot. — Dans deux cas semblables, l'incision de haut en bas de la membrane du tympan et l'usage d'un réfrigérant ont fait cesser rapidement les divers symptômes et amené la guérison.

M. Helme. — Le malade était-il rhumatisant ?

M. Gellé. — Il ne s'agit pas ici d'otite, mais simplement d'une violente hémorragie de la caisse, et j'ai observé deux faits de cette nature. L'un se rapportait à un enfant de quinze ans, chauffeur, qui sous l'influence de la chaleur du foyer de sa machine, devint sourd. Le tympan était bleuté avec voussure ; il fut incisé, et du sang sortit de la caisse. L'autre fait est relatif à une femme arrivée à l'âge de la ménopause et atteinte de troubles cardio-pulmonaires ; après l'incision du tympan, il y eut encore écoulement sanguin. Dans les deux cas la guérison fut rapide.

M. Vacher. — Je me bornerai à faire remarquer que chez mon malade qui n'était nullement rhumatisant, l'oreille droite fut prise consécutivement à l'oreille gauche, et cela sans cause apprenable.

M. Gellé. — Avait-on examiné les urines ?

M. Vacher. — Oui, et elles ne contenaient pas d'albumine.

Séance du 2 mai.

Présidence de M. Dundas Grant.

Après lecture des rapports de MM. Herck, Lacoarret et Luc, la Société vote sur les candidatures aux titres de membre titulaire et de membre correspondant.

Tous les candidats sont admis.

DES TROUBLES NEURO-MOTEURS DU LARYNX

Par le Dr P. RAUGÉ (de Challes).

Sous le nom de troubles neuro-moteurs, il faut entendre uniquement les désordres fonctionnels qui atteignent le larynx à distance, par l'intermédiaire de son appareil nerveux, et sans que l'organe lui-même présente aucune lésion matérielle. Cette définition exclut de notre cadre toutes les perturbations motrices reconnaissant pour origine soit une affection primitive des muscles, soit une lésion articulaire, soit un de ces obstacles mécaniques apportés au fonctionnement de la glotte par le gonflement de la muqueuse, la présence d'une tumeur ou l'épaississement d'un cartilage. Ainsi précisés et circonscrits, tous les troubles moteurs d'origine nerveuse peuvent être ramenés à une conception très uniforme; quelle que soit sa nature ou sa cause, il n'en est aucun qu'on ne puisse enfermer dans le schéma suivant :

L'appareil nerveux du larynx éprouve, en un point de son parcours, une altération de son propre tissu (traumatisme, inflammation, sclérose, ramollissement, hémorragie), ou subit ce qui est plus ordinaire, le contre-coup d'une lésion de voisinage (anévrisme de l'aorte, cancer de l'œsophage, goitre, adénopathies). Qu'elle soit primitive ou secondaire, qu'elle atteigne les conducteurs ou les centres, cette altération de l'appareil nerveux s'exprime fonctionnellement par un désordre de l'innervation, qui va être exagérée ou pervertie, amoindrie ou entièrement supprimée, suivant

que la lésion originelle est irritante ou destructive et selon qu'elle est partielle ou totale. Il en résulte un trouble musculaire, trouble par excès ou par défaut, qui se traduit, suivant le cas, par le spasme ou la contracture, la parésie ou la paralysie d'un muscle, ou d'un groupe de muscles, ou de tous les muscles du larynx. Cette perversion survenue dans le fonctionnement des puissances motrices a pour conséquence, à son tour, une déformation de l'orifice glottique, qui, par ses changements d'aspect, de dimension ou de mobilité, indique, pour ainsi dire graphiquement, le siège et la nature du trouble musculaire.

Mais le désordre mécanique ne s'exprime pas seulement par une anomalie de l'image glottique, qu'il faut en quelque sorte deviner, et qu'on ne découvrirait que par hasard si rien ne mettait sur sa trace : il se trahit le plus souvent au dehors par des manifestations apparentes qui compromettent le larynx tantôt dans sa fonction vocale, tantôt dans sa fonction respiratoire, tantôt à la fois dans ce double rôle. Ces désordres fonctionnels sont le dernier aboutissant de la lésion nerveuse originelle : ils en sont la traduction symptomatique au même titre que la déformation glottique en était la traduction mécanique et comme la représentation figurée.

Telle est la succession des faits qui se passent invariablement dans toute affection neuro-motrice du larynx, établissant un lien continu entre la forme du symptôme et le siège de la lésion. C'est l'analyse attentive de cet enchaînement qui permet de s'élever avec ou plus ou moins de certitude jusqu'au diagnostic étiologique. Cette série de phénomènes, que nous venons de parcourir dans sa direction naturelle et dans son ordre physiologique normal, le clinicien la parcourt en effet, mais il la parcourt en sens opposé, quand il remonte du symptôme apparent jusqu'à la lésion invisible qui le cause. Qu'on veuille bien, pour s'en convaincre, se rappeler la marche habituelle que suit notre investigation dans toutes les observations de ce genre : un trouble vocal ou respiratoire attire en premier lieu l'attention du côté de l'appareil laryngé. On examine, et l'on découvre une défor-

mation de la glotte, dont l'aspect, pour un œil exercé, dénonce plus ou moins clairement le muscle ou les muscles atteints, mais n'indique pas autre chose encore. Cette analyse mécanique de la déformation laryngée, qui a conduit à la localisation musculaire, doit être maintenant complétée par une analyse physiologique, qui conduira à la localisation nerveuse : et c'est précisément en tenant compte du muscle ou des muscles atteints, et de la façon dont ils sont atteints, qu'il est permis de soupçonner d'où vient la lésion qui les frappe, bien qu'il n'existe, hâtons-nous de le dire, aucune relation absolue entre le siège du trouble musculaire et le siège de la lésion nerveuse

Cette suite d'étapes progressives, que nous parcourons en clinique dans l'analyse d'un cas isolé, reproduit fidèlement la marche qu'a suivie depuis vingt ans cette question des troubles moteurs laryngés et résume toute son histoire. Avant la laryngoscopie, tout ce que le clinicien pouvait faire était de baser sur l'analyse des symptômes extérieurs un diagnostic qui ne dépassait guère la classique distinction entre les paralysies vocales et les paralysies respiratoires. Après la découverte de Garcia, quand on put observer à loisir les mille nuances de la déformation glottique, on établit, d'après ses variations, une interminable série de formes uniquement basées sur une analyse à outrance de l'altération musculaire. Mais, si subtile qu'elle fût, cette étude purement mécanique ne pouvait être d'aucun profit en ce qui touche à la recherche de la lésion nerveuse primitive. Ce n'est que dans ces dernières années que l'attention s'est détournée de la simple observation du symptôme, pour remonter jusqu'à sa cause, en interrogeant le fonctionnement normal de l'appareil nerveux du larynx et ses altérations morbides.

Toutes les recherches modernes semblent orientées dans ce sens et c'est sur le terrain de l'anatomie pathologique et de la physiologie nerveuse que s'agitent en ce moment les discussions les plus brûlantes de la neuro-pathologie laryngée. Comme le but de ce rapport est avant tout de présenter

l'état actuel d'un sujet évidemment trop large pour être embrassé dans son ensemble, je me bornerai à ce côté de la question, qui me semble à la fois le plus nouveau et le moins connu, j'entends l'anatomie et la physiologie pathologiques des troubles nerveux laryngo-moteurs : dans cette revue, forcément très succincte, nous parcourrons rapidement le trajet des nerfs moteurs du larynx depuis leurs noyaux d'origine jusqu'à leurs branches terminales, en divisant, pour la clarté des choses, ce parcours compliqué en trois zones : les centres, les racines, les troncs.

A chacun de ces départements répond l'un des trois grands problèmes qui dominent en ce moment la neuro-pathologie du larynx : question du *centre cortical*, participation du *spinal* à l'innervation laryngée, pathogénie de l'*adduction permanente* (paralysie des abducteurs). Ce sont précisément ces points litigieux où je m'arrêterai de préférence, dans le but non dissimulé d'appeler sur eux la discussion et d'amorcer, comme on dit, le débat.

I

Les centres. — Il est impossible de comprendre la question des centres du larynx et le mécanisme général de son innervation motrice, si l'on n'établit dès l'abord un fait d'une importance capitale, et qui en est pour ainsi dire la clef; je parle des deux fonctions différentes et, je puis dire, antagonistes, auxquelles les muscles de l'organe doivent alternativement se prêter : la première, toute organique, a pour but de maintenir les cordes vocales dans un état d'écartement actif qui répond aux besoins respiratoires; l'autre est un acte volontaire qui assure, durant la phonation, le resserrement de la glotte et règle la tension de ses lèvres. C'est pour n'avoir pas reconnu cette distinction très simple, qu'on s'est obstiné si longtemps à chercher dans la moelle allongée un centre dirigeant en bloc tous les modes d'activité du larynx. Il est certain que le réflexe qui assure la béance de la glotte pendant la respiration silencieuse a son

siège dans les noyaux bulbaires et échappe à notre contrôle. Mais l'autre fonction du larynx, celle qui fait de cet organe le plus parfait et le plus compliqué des instruments musicaux, doit forcément tirer son influence nerveuse d'une région plus élevée de l'encéphale. La direction de la glotte dans le chant ou dans la part que le larynx prend à la parole articulée est un acte trop supérieur et trop éminemment psychique pour qu'on puisse un instant mettre en doute la nécessité de sa représentation corticale. On s'explique même assez mal que ce centre laryngo-moteur n'ait pas été un des premiers que les localisateurs aient recherché, et qu'on ait si longtemps refusé au larynx une place dans l'écorce cérébrale, qu'on accordait si largement aux muscles de la face et des membres. Cet abandon inexplicable a sans doute sa raison d'être dans la situation profonde de l'organe et dans la difficulté que présentait la constatation de ses troubles moteurs. Mais il doit s'expliquer surtout par la façon défectueuse et vague dont la question fut posée tout d'abord. Quand Ferrier et Duret s'avisèrent de rechercher dans la substance corticale cette localisation fonctionnelle, il ne s'agissait point pour eux de déterminer simplement un foyer dirigeant l'adaptation vocale de la glotte, c'est-à-dire un élément simple dans le phénomène complexe de la phonation. Ce qu'ils pensaient pouvoir trouver, c'était le centre de la voix, ce qui signifiait un point de l'écorce dont l'excitation pût suffire à mettre en jeu les puissances multiples qui concourent à cet acte d'ensemble : il leur semblait qu'en comprimant certains points de la surface corticale d'un chien, ainsi que le faisait Duret au moyen de sa plaque de liège, on pouvait provoquer de toutes pièces le phénomène total de l'aboiement, c'est-à-dire actionner du même coup non seulement les muscles de la glotte, mais tous les autres éléments mécaniques, et en particulier les contractions expiratoires, qui doivent nécessairement s'associer pour produire ce phénomène sonore.

Posé sous cette forme vague, le problème était forcément insoluble. M. Krause eut le mérite d'en circonscrire la

donnée et d'en poser plus clairement les termes. La question n'est pas, dit-il, de trouver le centre de la voix qui est un acte fort complexe, mais le centre de l'adduction glottique qui est un acte éminemment simple. Donc, au lieu de chercher, en excitant la substance grise, à provoquer un phénomène phonique que nous sommes impuissants à reproduire, proposons-nous plus simplement de déterminer dans le cortex un point dont l'électrisation circonscrite produise le resserrement de la glotte. Il s'agissait, en d'autres termes, non plus de faire aboyer un chien en excitant un centre vocal illusoire, mais d'observer les mouvements de la glotte pendant que la pointe de deux électrodes interrogeait la substance corticale. Pour suivre les mouvements des cordes chez les animaux en expérience, M. Krause employa d'abord l'examen laryngoscopique au miroir, puis l'ouverture de la cavité laryngée par la pharyngotomie; il finit par s'arrêter à un procédé beaucoup plus simple, qui consiste à attirer le larynx au devant du voile du palais, par des tractions exercées sur la langue et sur l'épiglotte, cette dernière étant saisie au moyen d'une érigne ou d'un fil. On sait le résultat de ces expériences : elles permirent à M. Krause de déterminer chez le chien un foyer dont l'excitation (Ac. des Sc. de Berlin, nov. 1883, et *Arch. f. Anat. und Phys.*, 1884) produisait d'une façon constante l'adduction et — notons dès à présent ce fait dont nous aurons plus tard à apprécier l'importance — l'adduction *bilatérale* des cordes. Ce foyer était situé dans la branche antérieure de cette circonvolution infléchie en U qui embrasse le sillon crucial dans sa concavité supérieure et qu'on décrit, chez tous les mammifères, sous le nom de gyrus sigmoïde : cette branche antérieure du gyrus sigmoïde, que M. Krause, suivant la nomenclature d'Owen, appelle *gyrus præfrontal*, est plus généralement connue sous la désignation de *gyrus præcrucial*. Le siège exact du foyer adducteur se trouve à la partie inférieure de ce gyrus præcrucial, au niveau du pont rétréci qui forme une espèce d'isthme entre le gyrus præcrucial et le gyrus antérieur.

Reprises, sept ans plus tard, par MM. Semon et Horsley, qui en confirmèrent les résultats essentiels (*Brit. med. Journ.*, 21 déc. 1889; *Berl. kl. W.*, n° 4, 1890, et *Phil. Trans. of the Roy. Soc. of London*, 19 juin 1890), les recherches de M. Krause furent répétées par ces expérimentateurs non seulement chez le chien et le chat, mais chez diverses variétés de singe, c'est-à-dire sur l'espèce animale dont la topographie cérébrale se rapproche le plus de celle de l'homme. Sur le cerveau des carnivores ils retrouvèrent très exactement le centre d'adduction bilatérale déterminé par M. Krause; ils le localisèrent comme lui « à la jonction du gyrus præcrucial avec les circonvolutions antérieure et coronale »; mais ils constatèrent de plus que l'action motrice d'adduction, maxima au niveau du foyer, se continuait en haut, en s'atténuant, dans les deux tiers inférieurs du gyrus præcrucial, et en bas dans l'extrémité supérieure du gyrus anterior. On sait que M. Masini devait plus tard accentuer encore cette sorte de diffusion du foyer laryngé primitif et l'étendre, non seulement en surface à la plus grande partie du cerveau moteur, mais encore, dans la profondeur, du côté de la substance blanche sous-corticale.

Mais le point vraiment original des recherches de MM. Semon et Horsley, ce fut la localisation du centre laryngé chez le singe; elle permit jusqu'à un certain point d'établir, par un rapprochement légitime, sa situation probable chez l'homme : la région rolandique du macaque, assez analogue à la nôtre, présente, en avant du sillon de Rolando, une circonvolution frontale ascendante qui ne diffère pas sensiblement de celle du cerveau humain. C'est sur le pied de cette circonvolution, au niveau de sa jonction avec la troisième frontale, que MM. Semon et Horsley ont pu fixer la place du centre laryngé phonateur; ce centre aurait, d'après eux, pour limites : en avant, le sillon præcentral (sillon prærolandique); en bas, la scissure de Sylvius; en arrière, un petit sillon sans nom qui s'élève verticalement de la scissure de Sylvius et partage à peu près exactement en deux, suivant son axe vertical, le pied de la frontale

ascendante; en haut, une ligne horizontale passant par l'extrémité supérieure du sillon précédent.

Autant qu'il est permis de conclure de ce qui s'observe expérimentalement chez l'animal à ce qui doit se produire chez l'homme, il semblait donc qu'il devait exister, au voisinage de la région de Broca, une zone du cerveau moteur présidant à l'adduction des cordes, c'est-à-dire à leur activité phonatrice. Voilà le fait qui ressortait des expériences de M. Krause, le fait que tous les expérimentateurs qui ont suivi (Semon et Horsley, Masini, Onodi, etc.) ont strictement vérifié dans son principe. Mais alors, comment expliquer que ce centre psycho-moteur n'eût jamais révélé sa présence chez l'homme par les troubles pathologiques que devaient entraîner ses lésions ? S'il existait un centre laryngé, comme il existe un centre du langage ou des centres moteurs des membres, comment pouvait-on s'expliquer qu'on ne rencontrât point en clinique des aphonies d'origine corticale ou des hémiplégies de la glotte, comme on observe des aphasies motrices ou des hémiplégies corticales des membres? Situé, comme les centres moteurs, dans le territoire d'irrigation d'une branche de la sylvienne (artère frontale ascendante), le centre laryngo-moteur ne devait pas échapper plus qu'un autre aux altérations pathologiques consécutives à la rupture ou à l'oblitération de cette branche. Or, en examinant dans ce sens, quelques heures après l'ictus apoplectique, un grand nombre de sujets atteints d'aphasie ou d'hémiplégie des membres, M Semon n'avait pas constaté un seul cas où la motilité du larynx parût en quelque façon compromise. Pour expliquer cette contradiction entre les données expérimentales et les résultats de la clinique, M. Semon utilisa un détail expérimental que j'ai souligné à dessein tout à l'heure; je parle de la bilatéralité des mouvements déterminés dans le larynx par l'excitation d'un seul hémisphère. Ce fait indiquait, suivant lui, que la direction psycho-motrice de la glotte n'est pas, comme celle des membres, partagée symétriquement entre deux centres, droit et gauche, dont l'action, unilatérale et croisée, s'exer-

cerait individuellement sur chaque moitié de l'organe. Il semble que les cordes vocales, agissant toujours de concert, n'ont pas besoin d'avoir chacune un centre moteur indépendant, et que leur réunion représente un système indivis et solidaire actionné bilatéralement et en bloc par un centre cortical unique. Et comme cette action bilatérale appartient indifféremment à chacun des deux hémisphères, il en résulte que la fonction se trouve doublement assurée, que, si l'un des centres disparaît, le centre survivant suffit à lui seul à la tâche, ou, pour en revenir à la clinique, que la lésion d'un des centres laryngés est forcément une lésion sans symptômes, parce qu'elle est toujours une lésion compensée. Et MM. Semon et Horsley ajoutent à cette affirmation une preuve expérimentale saisissante : ils détruisent d'un côté, chez l'animal, la région du centre laryngé, bien mieux, ils enlèvent complètement un hémisphère cérébral : or, malgré cette mutilation, ils voient persister normalement tous les mouvements de la glotte, sans même que la corde vocale opposée à l'hémisphère enlevé présente la moindre apparence de paralysie, et l'excitation électrique du centre laryngé survivant continue à déterminer l'adduction bilatérale des cordes comme chez un sujet non mutilé.

En résumé, d'après M. Semon, si le clinicien n'a jamais l'occasion de rencontrer l'hémiplégie du larynx — j'entends l'hémiplégie corticale — c'est qu'il ne doit pas la rencontrer, et cela pour la simple raison que cette hémiplégie est absolument irréalisable. En effet, de deux choses l'une, ou bien un seul centre est atteint et sa lésion reste muette, ou bien les deux centres sont détruits et ce n'est plus alors une hémiplégie, mais une paralysie totale qu'on observe au niveau de la glotte.

A côté de cette doctrine, qui nie jusqu'à la possibilité même des hémiplégies du larynx, j'ai proposé il y a deux ans une hypothèse moins brillante pour expliquer cliniquement la rareté incontestable des observations de ce genre : je pensais, et je crois encore, que si l'hémiplégie du larynx accompagne si peu souvent l'aphasie ou l'hémiplégie des

membres, c'est qu'on la recherche fort peu dans les services de médecine générale et que les malades porteurs des lésions cérébrales qui la produisent se présentent très rarement au miroir du laryngologiste. Et la preuve que l'hémiplégie corticale du larynx n'est pas, comme le veut M. Semon, un symptôme impossible et chimérique, c'est qu'il existe maintenant un certain nombre de faits authentiques, dans lesquels une hémiplégie laryngée, dûment constatée durant la vie par l'examen laryngoscopique, ne put être expliquée à l'autopsie que par une lésion du centre laryngé ou des fibres intra-cérébrales qu'il projette vers les noyaux bulbaires. Je sais bien que M. Semon admet obstinément, dans toutes les observations de ce genre, la probabilité d'une lésion bulbaire méconnue et qui serait l'origine véritable de la prétendue paralysie corticale. Ce scepticisme persistant opposé aux observations les plus sérieuses représente, il faut l'avouer, un mode d'argumentation trop facile ; il ne prouve évidemment qu'une chose, l'inébranlable fidélité de M. Semon à des convictions expérimentales qu'il maintient énergiquement contre tous les démentis de la clinique. Ce n'est plus d'ailleurs la clinique seule qui semble accorder au centre laryngé cortical l'action unilatérale et croisée que les expérimentateurs lui avaient tout d'abord unanimement refusée. Voici que la physiologie elle-même paraît apporter un appui aux affirmations des cliniciens, et opposer aux résultats de Krause et de Semon des observations contradictoires. C'est ainsi que M. Masini (« Nuove Ricerche sperimentali sui centri mot. cort. della lar. » ; *Boll. delle Mal. dell' or.*, 1893, nº 7), en faisant agir des courants très faibles à la surface corticale, au niveau d'une des régions de Krause, a vu les contractions glottiques se circonscrire, ou tout au moins prédominer, dans la corde vocale opposée. Dans une série d'expériences plus récentes, le même auteur a constaté qu'une application de cocaïne ou une injection de cette substance au niveau du centre laryngé déterminait la parésie croisée d'une seule corde vocale. On se souvient du

défi solennel que provoqua la publication de ces résultats, et de la lettre ouverte (*Int. Centralbl.*, déc. 1893) où MM. Semon et Horsley invitaient M. Masini à répéter ses expériences devant la section de Laryngologie du Congrès International de Rome. L'auteur italien accepta le cartel; mais il est juste d'avouer que ses essais de démonstration, auxquels j'ai moi-même assisté, ne furent pas pour cette fois extrêmement démonstratifs.

Lorsqu'on lit une observation de paralysie laryngée corticale, on peut être à peu près certain d'y trouver cette affirmation qu'une des deux cordes vocales est fixée « en position cadavérique ». Or il y a, dans cette simple phrase, une hérésie physiologique qu'il n'est pas superflu de relever. Nous avons dit en commençant que le larynx possède une double activité, l'activité vocale et la respiratoire, et que c'est seulement la première qui est représentée dans l'écorce cérébrale. C'est donc elle, et seulement elle, qui peut être compromise ou détruite par le fait d'une lésion corticale, sans que cette lésion puisse atteindre en rien la fonction respiratoire, dont l'origine est dans le bulbe; et ceci est tellement vrai que l'on peut, comme fit Semon, enlever les deux centres corticaux, enlever même « tout le cerveau, y compris la capsule interne et jusqu'au plancher du quatrième ventricule », sans apporter la moindre atteinte au fonctionnement respiratoire du larynx. Or il en doit être de même dans le cas de lésion pathologique chez l'homme, et une paralysie corticale doit être, par définition, non pas une paralysie complète, mais une paralysie vocale avec conservation absolue de ce *tonus dilatateur* qui représente, dans l'activité du larynx, le côté purement organique et répond à l'innervation bulbaire. L'état d'une corde vocale frappée par une lésion de l'écorce ne saurait donc en aucun cas être cet état d'inertie qui produit la position cadavérique; c'est au contraire un état d'abduction, qui n'est autre que la position respiratoire, et n'a que ceci d'anormal, c'est qu'il est devenu persistant et que la corde, privée de son centre

adducteur, reste soumise en permanence à l'action abductrice du bulbe, sans jamais pouvoir désormais s'approcher de la ligne médiane : et la conséquence pratique, c'est que les déformations de la glotte produites par les lésions corticales restent entièrement dissimulées durant la respiration silencieuse ; elles n'apparaissent qu'au moment où le malade tente un effort vocal et où la corde paralysée, se refusant au mouvement d'adduction, demeure obstinément fixée dans l'attitude d'abduction de la phase respiratoire. Il est vrai que la corde saine, exagérant son excursion normale pour se rapprocher de sa congénère impotente, dissimule en partie l'excès d'écartement de cette dernière : c'est sans doute ce qui explique l'illusion laryngoscopique qui fait que cet écartement est presque toujours estimé au dessous de sa valeur réelle, et qu'on dit position cadavérique alors qu'en réalité il s'agit d'abduction extrême.

Malgré les quelques dissidences que nous venons de rencontrer sur le mode de fonctionnement du centre laryngé cortical, sur le sens et l'étendue de son action et sur le résultat de ses lésions morbides, on était du moins jusqu'ici unanime à lui accorder un monopole indiscuté sur les mouvements phonatoires. Je ne parle que pour mémoire de la tentative de Rossbach, qui, sur la foi d'une seule observation, crut pouvoir attribuer à l'insula une part dans l'innervation phonique du larynx (« Localis. des cortic. Stimm centrums beim Menschen » ; *Deutsches Archiv für klin. Med.*, vol. XLVI, mars 1890). Mais la question, ces derniers temps, vient de se compliquer d'une série d'expériences dont M. Onodi a communiqué les résultats à la 66e Réunion des naturalistes et médecins allemands à Vienne (25 oct. 1894 ; v. *Berl. kl. Woch.*, 26 nov. 1894, n° 48, p. 1089-1093). Il reconnaît, après bien d'autres, l'existence du centre cortical, confirme sa localisation, vérifie son action bilatérale sur les mouvements d'adduction. Mais il s'aperçoit que ce centre n'est nullement indispensable à l'exercice de la phonation : a preuve est que la voix persiste après sa destruction totale

dans l'un et dans l'autre hémisphère. Il faut donc qu'il existe ailleurs un foyer moteur plus profond, dont la persistance assure la conservation de la voix dans l'expérience précédente. Il ne s'agissait plus que d'en déterminer le siège : M. Onodi y serait parvenu en pratiquant à travers l'encéphale la série des sections successives chères à l'école de Vienne. Sa conclusion est qu'il existe, en arrière du sillon transversal qui sépare les tubercules quadrijumeaux antérieurs des postérieurs, une zone de huit millimètres où serait contenu ce foyer : tant que cette région reste unie au bulbe, les animaux en expérience conservent la faculté de crier ; ils deviennent complètement muets aussitôt qu'elle en est séparée.

Trajet intra-cérébral des fibres cortico-bulbaires. — On peut admettre *a priori* que le centre laryngé cortical projette, comme tous les centres corticaux, un système de faisceaux blancs qui descendent à travers la couronne rayonnante, la capsule interne, les pédoncules et la protubérance, pour se terminer inférieurement au milieu des noyaux gris du bulbe. Bien que la physiologie et la clinique ne nous aient encore apporté que fort peu de renseignements sur le parcours de ces fibres unissantes, je crois qu'il n'est pas impossible, en faisant certains rapprochements et en utilisant tous les points de repère, d'établir avec quelque vraisemblance la position de ce faisceau dans les différentes régions de son parcours. Nous savons de quel point il part (pied de la frontale ascendante) ; nous savons où il aboutit (noyau du pneumo-gastrique et probablement du spinal) ; enfin nous devons à une autopsie de Garel la connaissance d'un troisième jalon placé sur la continuité de son trajet : je parle de la position qu'affecte ce faisceau laryngé au niveau de la capsule interne ; il résulte du fait de Garel que le faisceau laryngo-moteur occupe la partie externe du genou, c'est-à-dire le point où la substance blanche de la capsule est en contact immédiat avec le sommet du noyau lenticulaire. Or, si l'on veut bien se souvenir du trajet que suit dans l'hémisphère ce faisceau que le professeur Lépine et

MM. Raymond et Artaud ont appelé faisceau géniculé, on sera frappé de ce fait que, dans les trois points de repère où nous connaissons jusqu'ici la position du faisceau laryngo-moteur, il se confond précisément avec le faisceau géniculé : il naît et se termine avec lui, il traverse dans le même point le genou de la capsule interne. N'est-il donc pas permis d'admettre que les deux trajets se confondent dans les autres points du parcours et que les fibres du larynx sont un faisceau surajouté à ceux du nerf masticateur, de l'hypoglosse et du facial inférieur, que l'on regardait jusqu'ici comme formant par leur réunion les seuls éléments du faisceau géniculé ? Ne peut-on pas, sur ces données, reconstituer comme il suit tout le trajet du faisceau laryngé : naissant dans la couche corticale, au niveau du pied de la frontale ascendante, peut-être de la troisième frontale et du sillon qui les sépare, il parcourt dans le centre ovale le faisceau frontal inférieur de la troisième coupe de Pitres; nous le voyons plus bas, dans la capsule interne, en contact avec le noyau lenticulaire; puis, dans le pédoncule, au niveau du tiers moyen, entre le faisceau de l'aphasie et le faisceau pyramidal; on le retrouve enfin dans la protubérance, en arrière et en dedans du faisceau pyramidal, jusqu'au moment où il se croise avec le faisceau opposé avant de se jeter dans les noyaux bulbaires.

II

Les noyaux gris bulbaires et les racines des nerfs laryngés. — La représentation dans le bulbe de l'innervation laryngée traverse en ce moment une période fort troublée et l'on ressent quelque embarras, en abordant cette question, pour en faire un exposé ferme au milieu des discussions qui l'encombrent. Quel est, dans l'innervation du larynx, le rôle de cette portion du névraxe et quels sont, dans ses noyaux gris, ceux d'où part cette innervation ? Quelle voie suit-elle pour aller de la surface du bulbe jusqu'au tronc du pneumo-gastrique? Passe-t-elle par les

racines de ce nerf, ou par les racines du spinal, ou par ces deux chemins à la fois? Chacun de ces deux ordres de racines apporte-t-il isolément au tronc commun les deux influences distinctes dont l'une dirige l'acte respiratoire et l'autre l'acte phonateur? Autant de questions délicates auxquelles on donnait autrefois la réponse la plus précise et la solution la plus claire : deux colonnes de substance grise représentant le noyau du spinal et celui du pneumogastrique; de chacun de ces deux noyaux un faisceau de racines nerveuses apportant dans le tronc commun l'une des deux formes de l'activité motrice : le spinal exclusivement préposé à transmettre l'influence vocale, le pneumogastrique à l'activité respiratoire; ces deux modes d'innervations confondus dans le tronc commun au delà de l'anastomose du spinal : tel était le schéma séduisant qui résumait, il y a dix ans encore, le dogme de l'innervation laryngée.

A cette formule si simple, on oppose, depuis quelque temps, non pas une autre formule, mais une série d'opinions contradictoires qui s'entendent uniquement pour nier la doctrine ancienne, et dont la plus moderne et la plus à la mode consiste à refuser au spinal toute intervention dans les mouvements laryngés.

Avant de discuter la valeur de cette anatomie subversive et d'indiquer les retouches fâcheuses que les physiologistes allemands ont fait subir aux conclusions expérimentales de Claude Bernard, qu'on me permette de rappeler en peu de mots l'anatomie orthodoxe du bulbe et sa physiologie traditionnelle en ce qui touche aux origines de l'innervation laryngée.

On sait la transformation que subit l'axe gris de la moelle pour former, au niveau du bulbe, les noyaux des paires craniennes : à la hauteur du bec du calamus, le canal de l'épendyme s'ouvre à sa partie postérieure et s'étale en une large gouttière, qui n'est autre que le quatrième ventricule; cette ouverture du canal central se fait par un renversement de la base des cornes postérieures qui, jusque là, limitait ce

canal en arrière, et qui vient se placer maintenant non plus derrière, mais en dehors de la base des cornes antérieures. Il se forme ainsi à ce niveau, de chaque côté du raphé médian, deux colonnes grises verticales, juxtaposées et parallèles, immédiatement sous-jacentes au plancher du quatrième venticule : la plus interne (colonne motrice postérieure) représente la base des cornes antérieures, dont la tête a été séparée par l'entrecroisement des pyramides; elle constitue, comme on sait, en bas le noyau de l'hypoglosse (aile blanche interne), plus haut ceux des nerfs moteurs de l'œil. La colonne externe (colonne sensitive postérieure) répond de la même façon à la base des cornes postérieures décapitées, de leur côté, par le passage antéro-postérieur des fibres sensitives du faisceau de Burdach dans le faisceau sensitif latéral; elle forme (aile grise) les noyaux sensitifs du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique, et plus haut celui de l'auditif. C'est dans cette partie de la substance grise du bulbe que sont conséquemment contenus les noyaux sensitifs de la muqueuse laryngée.

En avant de ce tractus sensitif, mais beaucoup plus profondément enfouie dans l'épaisseur du bulbe, se trouve une colonne motrice (colonne motrice antérieure, noyau antéro-latéral de Stilling) formée par la tête des cornes antérieures séparée, comme nous l'avons vu, de leur base. Cette colonne offre pour nous une importance capitale, puisqu'elle contient, de bas en haut, les noyaux moteurs du spinal, du pneumo-gastrique et du glosso-pharyngien, c'est-à-dire tous les centres bulbaires qui président à la motilité du larynx.

On voit que les nerfs laryngés possèdent dans le bulbe deux foyers d'origine juxtaposés d'avant en arrière et séparés par une assez grande épaisseur de substance blanche : la base des cornes postérieures, origine des fibres sensitives; la tête des cornes antérieures, origine des fibres motrices.

Il nous reste à examiner comment les racines motrices émergent des noyaux que nous venons de décrire, et comment elles s'associent pour constituer les troncs nerveux.

La partie supérieure du noyau de Stilling donne naissance à sept ou huit filets, qui sortent du sillon latéral au dessous du glosso-pharyngien et se réunissent bientôt en un tronc commun : c'est le tronc du pneumo-gastrique. Plus bas, et toujours dans le sillon latéral, émergent cinq ou six racines qui se fusionnent bientôt, comme les précédentes, pour former un faisceau commun, le tronc du spinal bulbaire; mais ce tronc, à peine constitué, perd aussitôt son indépendance et se jette dans le pneumo-gastrique (branche interne du spinal) au niveau de la partie supéro-externe du ganglion plexiforme. A partir de ce moment, le tronc du pneumo-gastrique représente un faisceau très complexe où sont inextricablement confondus, au milieu d'éléments étrangers, tous les filets nerveux destinés au larynx, aussi bien ceux de ces filets que le pneumo-gastrique doit à ses propres racines que ceux qu'il a reçus de l'anastomose du spinal. Malgré cette intime fusion, les fibres du spinal et les fibres du vague conservent cependant une indépendance physiologique en rapport avec leur diversité d'origine : on sait avec quelle clarté Claude Bernard avait montré la différence de leur rôle dans l'innervation du larynx, les fibres du spinal lui apportant la motilité phonatrice, celles du pneumo-gastrique la motilité respiratoire. Il serait trop long de décrire les expériences mémorables sur lesquelles fut établie cette dissociation physiologique; qu'il me suffise de rappeler que, par l'arrachement du spinal, Claude Bernard rendait les animaux aphones, tandis que la section du pneumo-gastrique supprimait les mouvements respiratoires.

Mais cette conception si lumineuse de la double provenance bulbaire des deux modes de l'activité laryngée a été, dans ces derniers temps, ébranlée par l'expérimentation moderne. On a substitué à la doctrine classique toute une série d'affirmations imprévues, et d'ailleurs parfaitement divergentes : c'est ainsi que le pneumo-gastrique, après avoir été d'abord dépossédé par M. Schech de toute espèce d'influence sur les mouvements du larynx, est considéré maintenant comme leur directeur unique et tout-puissant;

les expériences de Grabower, confirmées par celles de Grossmann, ont en effet dépouillé à son profit la branche interne du spinal, dont l'arrachement ou la section serait pour eux sans aucune influence sur toutes les formes de motilité des cordes vocales. Dans la dernière réunion des naturalistes et médecins allemands (Vienne, sept. 1894) M. Onodi vient encore de rééditer contre le spinal les mêmes arguments expérimentaux, et de ratifier sa déchéance de tout droit sur l'innervation laryngée : l'arrachement de ce nerf au cou ou dans le crâne, dûment confirmé à l'autopsie, sa section, son excitation électrique, en un mot toutes les formes usitées de l'expérimentation nerveuse, auraient abouti pour cet auteur à la même conclusion négative.

Malgré les contradictions et les surprises auxquelles nous ont accoutumés les recherches expérimentales, il y a entre les résultats des physiologistes modernes et ceux d'il y a quarante ans une opposition trop singulière pour qu'on puisse l'expliquer simplement par les progrès de la technique ou ceux des expérimentateurs. Si ce même arrachement du spinal, qui rendait constamment muets les chats de Claude Bernard, laisse aux chiens de M. Onodi toutes leurs facultés vocales, il faut qu'un malentendu se soit quelque part introduit, soit dans la manière de pratiquer l'expérience, soit dans la façon de la concevoir. Je n'en puis trouver pour ma part qu'une explication plausible, c'est que le spinal qu'on arrache aujourd'hui n'est peut-être plus le spinal qu'arrachait autrefois Claude Bernard. Je me hâte d'expliquer cette supposition qui pourrait sembler un peu téméraire. On sait que le spinal naît de l'axe nerveux par deux ordres très différents de racines : une longue série inférieure de filets provenant de la moelle et qui vont former la branche externe; quatre ou cinq racines bulbaires qui se fusionnent dans le tronc de la branche interne, laquelle, aussitôt formée, se jette dans le pneumo-gastrique. Il résulte de cette disposition que les racines bulbaires du spinal sont quelquefois fort difficiles à délimiter de celles du pneumo-gastrique, auxquelles on est tenté de les réunir, et cette confusion est

tellement naturelle qu'elle a régné jusqu'à Scarpa dans les descriptions classiques. On sait en effet que Willis ne désignait sous le nom de spinal que les racines nées de la moelle et rattachait au pneumo-gastrique les filets provenant du bulbe, ceux dont nous avons fait depuis la branche interne ou anastomotique du spinal. Or, je ne puis me défendre de croire, à voir leurs résultats expérimentaux, que les contradicteurs de Claude Bernard sont revenus, sans s'en douter, à la conception du spinal tel que le comprenait Willis. S'ils arrachent impunément ce nerf, sans dommage pour la fonction laryngée, c'est peut-être parce qu'ils n'arrachent que le spinal médullaire, lequel en effet ne possède aucune action sur le larynx et n'innerve que le sterno-mastoïdien et le trapèze. Si d'autre part ils accordent au pneumo-gastrique cette toute-puissance imprévue sur l'innervation laryngée, n'est-ce pas parce qu'ils lui annexent les racines bulbaires du spinal, celles qui forment la branche interne et constituent, si je puis dire, le véritable spinal laryngé? Je sais bien que M. Grabower, dans un mémoire très récent (*Arch. de Frænkel,* tome II, fasc. 2, 1894), proteste avec indignation contre cette confusion inavouable. Mais, pour ma part, ses arguments, bien loin de me persuader, viennent précisément à l'appui de mon soupçon de tout à l'heure. M. Grabower démontre en effet, par une série de coupes microscopiques, que le noyau gris du spinal remonte beaucoup moins haut dans le bulbe qu'on ne l'admettait jusqu'ici; qu'il s'arrête au niveau de la partie moyenne de l'entrecroisement des pyramides et se continue par en haut non pas dans le noyau du pneumo-gastrique, qui en reste absolument distinct, mais dans le noyau de l'hypoglosse. Cette origine du spinal, non moins que la disposition de ses racines, amène M. Grabower à cette conclusion que l'accessoire « est un nerf exclusivement médullaire ». Cette phrase, répétée à deux reprises dans le mémoire, peut-elle être autre chose que l'aveu de la confusion que je signalais tout à l'heure? Si le spinal de M. Grabower ne pénètre pas dans le bulbe, cela signifie clairement que M. Grabower enlève

au spinal de Scarpa ses noyaux et ses racines bulbaires; et s'il retranche du spinal, pour la donner au pneumo-gastrique, la seule portion du spinal qui agisse sur le larynx, il n'est pas étonnant que le premier ait perdu, au profit du second. tout son pouvoir sur la motilité de l'organe. Il ne s'agirait plus dès lors, entre les anciens et les modernes, d'une dissidence expérimentale que rien ne saurait expliquer, mais d'un simple malentendu dans la répartition et la nomenclature de la série des racines nerveuses superposées dans le sillon latéral du bulbe. Ce ne serait qu'une entente à refaire sur le nombre et la position de ceux de ces faisceaux radiculaires qu'il convient de rapporter au spinal ou d'attribuer au pneumo-gastrique.

III

Les troncs. — Nous voici parvenus à cette région de l'appareil neuro-laryngé où tous les filets originels, confondus dans un tronc commun, poursuivent, dans l'épaisseur du cou et dans la cavité thoracique, ce parcours étrange et compliqué qui les conduit jusqu'au sommet du thorax pour les ramener au larynx par un long trajet récurrent qui semble un détour inutile. On pourrait croire qu'en quittant les régions mal connues des centres nerveux, nous en avons fini avec les hypothèses et les démêlés théoriques; mais, comme si chaque partie de l'appareil devait avoir son point obscur et comme sa question de combat, nous allons ici nous heurter encore à l'une des plus grosses difficultés qu'ait rencontrées depuis dix ans la neuro-pathologie laryngée : je parle de l'interprétation de cette forme de trouble moteur que l'on continue à désigner sous le nom de *paralysie des abducteurs*, bien que l'on soit plus loin que jamais de s'entendre sur le mécanisme que cette désignation semble affirmer et qu'il soit peut-être plus prudent de conserver provisoirement le titre d'adduction permanente, qui n'exprime qu'un aspect clinique. La question est trop connue pour qu'il soit, je crois, nécessaire d'en suivre ici tous les développements. Je me bornerai à fixer, aussi rapi-

dement que possible, les termes assez délicats du litige et à montrer les positions qu'occupent actuellement sur ce terrain les deux opinions adverses :

Depuis le moment où le spinal s'est fusionné dans le pneumo-gastrique jusqu'au point où le récurrent commence à se ramifier, le faisceau des nerfs laryngés transporte, intimement unies, toutes les fibres motrices du larynx, à l'exception du laryngé supérieur qui s'est détaché du tronc commun tout à fait à son origine, au niveau du ganglion plexiforme. Confondu dans le tronc du vague parmi des fibres étrangères, reprenant plus loin son indépendance quand il devient le récurrent, ce faisceau, dans son double parcours, représente certainement le plus exposé et le plus fréquemment atteint de tous les cordons nerveux de l'organisme; il doit ce fâcheux privilège d'abord à la longueur de son trajet, mais surtout à son voisinage avec une série d'organes dont il partage trop souvent les désordres soit par propagation directe, soit par simple compression.

Imaginons — c'est le cas le plus simple — qu'une de ces lésions de voisinage, ou bien une altération primitive, ou un traumatisme du nerf, ait détruit en totalité ou annulé fonctionnellement l'ensemble du faisceau moteur : la conséquence alors est facile à prévoir et n'offre pas matière à discussion : c'est la paralysie complète, la corde vocale immobilisée en position cadavérique et incapable d'aucun déplacement soit dans le sens de l'adduction vocale soit dans le sens de l'abduction respiratoire.

Mais il n'est point habituel que le tronc nerveux subisse d'emblée cette annihilation complète. Avant d'être ainsi supprimé, il traverse fatalement une phase de paralysie partielle ou d'irritation préalable qui peut, dans bon nombre de cas, ne jamais être dépassée. Parmi ces formes incomplètes, il semblerait *à priori* qu'on dût s'attendre à rencontrer une grande variété d'aspects en rapport avec la multiplicité des fibres nerveuses contenues dans le tronc commun, et que toutes les formes imaginables de paralysies partielles et de contractures dissociées puissent être réalisées

de la sorte, suivant l'imprévu des compressions ou le hasard des propagations morbides. Or, au lieu de cette variété que la théorie faisait prévoir, l'expérience a démontré que toutes les lésions du tronc commun qui ne sont pas des lésions totales, réalisent, avec une monotonie singulière, un aspect symptomatique toujours le même : l'adduction permanente des cordes et les troubles respiratoires résultant mécaniquement du défaut de dilatation de la glotte, avec intégrité de la fonction vocale. Telle est cette loi singulière dont MM. Rosenbach et Semon se partagent la paternité. Quand la clinique eut établi la généralité de cette formule, on ne manqua pas d'en chercher l'interprétation théorique : c'est ici que commencent des divergences doctrinales que dix années de discussion n'ont pu réussir à trancher. L'opinion la plus ancienne, celle que M. Semon continue à défendre avec une infatigable énergie, est celle qui attribue au défaut d'action des dilatateurs cet état permanent d'adduction dont le laryngoscope affirme la constance. Mais alors, comment expliquer pourquoi, dans cette forme dissociée de paralysie, ce sont toujours les abducteurs qui sont isolément atteints ou qui sont atteints les premiers, et par quel singulier privilège les autres muscles du larynx échappent à des altérations destructives qui sembleraient logiquement devoir frapper aveuglément et avec une égale fréquence chacun des muscles de l'organe ? Cette sorte de parti pris dans le siège de la lésion, ou cette infériorité de résistance attribuée à un groupe musculaire ou à un faisceau du tronc nerveux, représentait évidemment le point faible de la doctrine. Ce fut afin d'y échapper qu'on chercha à l'adduction permanente un mécanisme plus probable et dont la facilité de production fût en rapport avec la répétition du symptôme. C'est ainsi qu'on fut amené à mettre en doute la fréquence de cette paralysie systématique des dilatateurs, qui dissociait le tronc nerveux avec une partialité si surprenante. On lui substitua la notion plus simple d'une contracture totale, dont la genèse originelle était plus facile à comprendre, puisqu'il suffisait pour la produire qu'une lésion irritative atteignît indistinctement,

sans choix cette fois et sans préférence, toutes les fibres du tronc nerveux (Krause). Les deux variétés de déformations produites le plus fréquemment dans l'aspect de la glotte par les lésions du tronc nerveux se trouvaient ainsi ramenées à un mécanisme uniforme et en quelque sorte symétrique : la destruction *totale* de ce tronc, qui produit la glotte cadavérique, et son irritation *totale*, qui produit l'adduction permanente. Il n'existait plus désormais que des altérations en masse frappant dans un sens ou dans l'autre l'ensemble du faisceau moteur; et l'on devait renoncer à admettre en ce cas ces lésions dissociées dont Ziemssen affirmait autrefois la fréquence et que la loi de Rosenbach-Semon avait déjà singulièrement restreintes en limitant leur possibilité à la seule paralysie des abducteurs.

Tels sont les termes dans lesquels la lutte est maintenant engagée entre les défenseurs de la paralysie et les partisans de la contracture. Les limites de ce travail ne me permettent pas d'aborder la critique de ces avis contradictoires, ni de discuter les arguments cliniques que M. Semon maintient fermement contre les preuves expérimentales de M. Krause. Je me borne à énoncer le problème, mon rôle ici, je le répète, n'étant que d'en poser les termes et d'en préparer la discussion.

Vous m'excuserez, Messieurs, de retenir votre attention pendant quelques instants; mais je désire vous parler de certains points de mon sujet que j'ai intentionnellement négligés dans mon rapport.

Les troubles nerveux laryngo-moteurs peuvent évidemment porter sur toute la motilité du larynx; mais il est bien plus ordinaire qu'il ne l'atteignent que partiellement et limitent à certains groupes musculaires l'irritation d'où résulte la contracture ou la déchéance fonctionnelle qui produit la paralysie. La façon dont se localisent ces altérations circonscrites représente certainement le problème le moins résolu de la neuro-pathologie laryngée. On n'a pas trouvé mieux jusqu'ici que de prendre l'un après l'autre

chacun des muscles du larynx, d'imaginer les conséquences qu'aurait sur la forme de la glotte la suppression fonctionnelle de ce muscle (paralysie) ou son intervention intempestive (contracture), de construire sur ces données un schéma qui traduit graphiquement le trouble mécanique ainsi admis, et de déduire de cette déformation de l'image le désordre vocal ou respiratoire qui doit fonctionnellement en résulter. Cette répartition n'a donc pas d'autre base qu'une analyse, poussée jusqu'à l'excès, de la mécanique musculaire du larynx ; elle ne tient compte ni de la physiologie nerveuse de l'appareil, ni de la réalité des faits cliniques. A cette division un peu conventionnelle, contre laquelle j'ai maintes fois protesté, je propose de substituer une nomenclature plus simple et certainement plus conforme à l'observation ; elle est fondée sur l'analyse des deux fonctions normales de la glotte et sur l'indépendance anatomique relative des portions de l'appareil nerveux qui commandent à chacune d'elles.

Le larynx présente, on le sait, deux modes d'activité, l'activité vocale et l'activité respiratoire ; or chacune de ces deux fonctions possédant des centres différents, des conducteurs en partie indépendants, en somme, on pourrait presque dire deux appareils nerveux distincts, il n'est pas étonnant que ces deux appareils, et par suite les deux fonctions qu'ils dirigent, soient souvent frappés isolément par les altérations morbides. Cette dissociation des troubles moteurs n'est pas seulement la seule qui soit physiologiquement légitime ; elle est la seule que les faits vérifient. Il ne s'agit donc plus que de déterminer les désordres que doivent produire, sur la forme et sur les fonctions de la glotte, les déviations dans un sens ou dans l'autre de ces deux modes d'activité physiologique, d'établir en un mot, pour chacun de ces états morbides, sa formule laryngoscopique et sa formule fonctionnelle.

Pour se prêter au double rôle que doit accomplir le larynx, les cordes vocales prennent tour à tour deux attitudes opposées, l'une d'abduction complète, l'autre d'adduction

extrême, de part et d'autre de la ligne neutre qui répond à l'état cadavérique et qui est leur position d'inertie. A chacune de ces deux attitudes répond une des deux forces nerveuses opposées, dont l'une a son origine dans le bulbe, l'autre dans l'écorce cérébrale. Le fonctionnement régulier de ce mécanisme à double effet est donc intimement lié à l'intégrité des deux forces qui produisent ce va-et-vient des cordes : pour que celles-ci passent librement de l'une à l'autre de leurs deux positions contraires, il ne suffit pas que la puissance qui doit produire ce déplacement soit fonctionnellement intacte; il faut encore que la force opposée sache céder quand l'autre prend, et n'entrave pas le mouvement; si bien que celui-ci peut être également empêché par le défaut d'action de l'une de ces forces (paralysie), ou par l'intervention intempestive et continue de l'autre (contracture). Le résultat, dans les deux cas, sera exactement le même : immobilisation des cordes dans la position où les fixe la force devenue prédominante. Les lésions systématiques partielles de l'appareil nerveux du larynx ne peuvent donc réaliser que deux sortes de déformations de la glotte : l'adduction permanente, par contracture des adducteurs ou paralysie des abducteurs; l'abduction permanente, qui se produit dans les conditions opposées. Si l'on ajoute à ces deux formes la position d'inertie cadavérique, que réalise la paralysie totale, on voit que les troubles de l'innervation du larynx se réduisent en réalité, et sauf quelques dissociations plus rares, à la fixation des cordes dans l'une de leurs trois attitudes normales. Ce qui fait ici l'anomalie, ce n'est donc pas la forme de la glotte, mais la fixité de cette forme et l'impossibilité où est la corde malade de quitter à aucun moment la situation où elle est fixée. Tels sont les trois aspects morbides dont il convient d'étudier séparément le mécanisme, l'aspect laryngoscopique et les conséquences fonctionnelles.

Adduction permanente. — La plus importante par sa gravité, sa fréquence et les discussions qu'elle a provoquées.

Mécanisme. — On ne s'est pas encore entendu sur la part qu'il faut faire dans sa pathogénie à la paralysie et à la contracture, ni même si l'un de ces deux mécanismes doit être entièrement rejeté au profit de l'autre. Théoriquement, tous deux sont possibles, et l'on peut également imaginer les cordes maintenues dans la position médiane par les adducteurs contracturés, ou abandonnées dans cette attitude par les abducteurs paralysés.

Formule laryngoscopique. — Déformation dissimulée dans la phase vocale (puisque l'action des adducteurs est intacte ou exagérée), manifeste dans la phase respiratoire : elle se traduit en ce cas par un rétrécissement de l'orifice, rétrécissement qui s'exagère dans les grandes inspirations jusqu'à l'occlusion complète.

Conséquences fonctionnelles. — Nulles dans la phonation. Quant aux symptômes respiratoires, ils consistent le plus souvent en une dyspnée habituelle, avec accès paroxystiques provoqués par les efforts, qui augmentent l'activité respiratoire.

Forme unilatérale. — Dans la phonation, même aspect que la forme bilatérale. Dans la phase respiratoire, la glotte, fermée du côté malade, s'ouvre librement du côté sain, ce qui supprime plus ou moins complètement les phénomènes dyspnéiques.

Abduction permanente. — Trouble vocal par excellence. Moins grave que la précédente qui touchait le larynx dans sa fonction vitale tandis que l'abduction permanente n'atteint que sa fonction de luxe.

Mécanisme. — Deux modes de production inverses et en quelque sorte symétriques à ceux de la forme précédente : paralysie des adducteurs ou contracture des abducteurs. Origine le plus souvent fonctionnelle (hystérie) ou due à une lésion du cerveau (hémiplégie corticale).

Formule laryngoscopique. — Latente dans la phase respiratoire (puisque l'abduction est ici conservée ou même excessive) la déformation n'est apparente que dans l'effort

vocal, durant lequel on voit les cordes se maintenir obstinément dans l'abduction respiratoire (aphonie hystérique).

Conséquences fonctionnelles. — Aphonie totale; aucun trouble respiratoire.

Forme unilatérale. — Même aspect, dans la respiration, que la forme bilatérale. Compensation phonatrice impossible, à cause de l'extrême abduction de la corde malade, que la corde saine ne peut parvenir à atteindre.

Position cadavérique. — Contrairement aux précédents, ce trouble porte à la fois sur les deux fonctions, par suite de la position des cordes, qui n'est cette fois ni la position vocale, ni la position respiratoire; mais à cause précisément de cette situation intermédiaire, les désordres sont moins complets, et plus facilement compensés dans la forme unilatérale.

Mécanisme. — Un seul : la paralysie totale de tous les muscles du larynx, c'est-à-dire les lésions destructives du pneumo-gastrique ou du récurrent, dans la région de leur parcours où ces troncs contiennent réunis tous les nerfs moteurs du larynx (depuis l'anastomose du spinal jusqu'à la ramification terminale du récurrent.

Formule laryngoscopique. — Glotte fixée, dans les deux phases, en attitude d'inertie, c'est-à-dire formant un triangle étroit dont la base postérieure ne dépasse pas 5 millimètres. Cordes ondulées et flottantes (défaut de tension), atrophiées et raccourcies (abaissement de l'aryténoïde que le crico-aryténoïdien postérieur laisse basculer en avant).

Conséquences physiologiques. — Troubles respiratoires modérés. Aphonie complète dans la forme bilatérale.

Forme unilatérale. — Compensation dans les deux phases par les mouvements de la corde saine. Dans la respiration, glotte asymétrique ouverte à demi du côté malade, entièrement du côté sain. Dans la phonation, excursion compensatrice de la corde saine, qui dépasse la ligne médiane et vient, plus ou moins exactement, s'accoler à la corde immobile : donc, glotte fermée, mais oblique. Persistance

cependant du défaut de tension de la corde malade que rien ne peut compenser; comme conséquence, désaccord entre les vibrations des deux cordes (voix bitonale) (1).

DISCUSSION

M. Vacher. — Les désordres moteurs de la glotte ne reconnaissent pas toujours pour cause une lésion matérielle du système nerveux. Il est toute une catégorie de ces troubles qui sont des troubles purement dynamiques et dont l'anatomie pathologique est impuissante à nous donner l'explication. Je ne parle pas seulement de ces faits si connus

(1) Ce procédé de classement a déjà rencontré deux objections : on lui a reproché de n'être qu'une rêverie physiologique où l'observation n'est pour rien; on lui a reproché d'autre part de ne rien apporter de très neuf et de n'être que la traduction schématique des nomenclatures des cliniciens. La seconde de ces objections est, je crois, la meilleure réponse qu'on puisse faire à la première. Si, partant d'un point de vue tout différent, mon argumentation s'est rencontrée au but avec les résultats de la clinique, c'est que cette argumentation est peut-être moins théorique qu'on se plaît à le prétendre. Et, de fait, les formes morbides où le raisonnement m'a conduit diffèrent assez peu de celles où l'examen du malade a conduit les cliniciens. Je retrouve en partie ces formes dans la division qne M. Ruault, dans le *Traité de Médecine*, a établie sur les données de l'observation laryngoscopique; je les retrouve plus nettement encore dans la nomenclature de Gottstein; mais nulle part aussi complètement que dans la division des vieux cliniciens en paralysies vocales, respiratoires et totales : c'est à cette classification traditionnelle que la théorie m'a ramené et le schéma que j'ai tracé n'est que l'interprétation raisonnée de cette nomenclature primitive.

Mais si ma méthode de répartition ressemble par ses conclusions anx nomenclatures classiques, elle en diffère entièrement par la façon dont elle y mène, et c'est à son principe même qu'elle emprunte l'originalité que je tiens à réclamer pour elle. Tandis que les anciennes divisions étaient uniquement basées sur l'observation du malade ou sur l'analyse de la mécanique musculaire de la glotte, le mode de classement que je propose part d'un tout autre point de vue : il se fonde exclusivement sur la physiologie nerveuse du larynx, sur les deux modes d'activité que j'ai autrefois distingués (*Archives de Physiologie*, octobre 1892) dans le fonctionnement de cet organe, et surtout snr l'indépendance des centres et des troncs nerveux qui régissent cette double activité. Toute mon argumentation est contenue dans cette notion de physio-pathologie nerveuse, et la classification que j'en déduis est faite par elle et pour elle; c'est cette idée que je crois neuve et qui n'existe, que je sache, dans aucune des nomenclatnres antérieures.

d'aphonie hystérique que tout le monde a observés et dont les guérisons subites indiquent bien la nature purement fonctionnelle. Mais j'ai également noté, dans certains cas de chorée, des troubles de motilité du larynx dont la lésion anatomique nous est encore complètement inconnue.

M. Cartaz. — On n'a pas de peine à comprendre la pénurie de nos documents sur l'anatomie pathologique des centres laryngés si l'on songe aux difficultés particulières que présentent de pareilles observations. Il s'agit, en effet, dans la plupart des cas, non pas d'altérations limitées aux seules régions de ces centres, mais de lésions anatomiques complexes au milieu desquelles il est toujours fort malaisé d'isoler l'élément qui a déterminé le trouble laryngé observé pendant la vie. Aussi les seules observations vraiment démonstratives sont celles où les troubles laryngés s'observent plus ou moins dégagés de tous les éléments étrangers qui peuvent égarer les recherches : les faits de Garel et de Déjerine ont, à ce point de vue, une valeur exceptionnelle. Dans la question encore pendante de la paralysie des abducteurs, M. Raugé semble incliner à se ranger du côté des partisans de la contracture. Il existe pourtant des faits incontestables où l'on trouve les filets nerveux des abducteurs et les muscles abducteurs eux-mêmes isolément dégénérés.

M. Raugé. — M. Cartaz insiste avec raison sur l'excessive rareté des observations relatives aux diverses lésions du centre laryngé. Presque toutes celles qu'on a autrefois publiées sont incomplètes dans un sens ou dans l'autre : les unes sont des constatations d'amphithéâtre sans examen laryngoscopique ; les autres des observations sans autopsie. Les seuls faits qui soient utilisables sont ceux où l'examen du malade a été rigoureusement pratiqué pendant la vie et suivi d'une autopsie complète portant non seulement sur le cerveau mais sur tout l'appareil nerveux du larynx.

A la seconde observation de M. Cartaz, je répondrai que je suis loin d'admettre d'une façon exclusive la doctrine de la contracture. Je crois que le resserrement de la glotte, dont les uns veulent faire constamment une paralysie des dilatateurs, tandis que d'autres y voient toujours un phénomène de contraction, peut relever suivant les cas de l'un ou l'autre de ces mécanismes. C'est pourquoi j'ai gardé prudemment, dans la nomenclature précédente, la désignation d'adduction permanente qui ne préjuge pas la nature du phénomène.

M. Helme. — Quelle différence M. Raugé fait-il entre l'adduction permanente et la paralysie des abducteurs?

M. Raugé. — Le mot paralysie des abducteurs a le tort d'affirmer, pour interpréter le trouble observé, un mécanisme physio-pathologique dont rien ne prouve l'exactitude; c'est par cela même un terme imprudent, en tout cas toujours contestable. Celui d'adduction permanente qui n'est que la constatation d'un aspect laryngoscopique, s'applique au contraire à tous les cas, qu'il s'agisse de paralysie ou de contracture. On ne risquera donc jamais de se tromper en employant cette désignation en face d'un malade dont on voit les cordes vocales anormalement fixées dans leur état de rapprochement phonatoire. Quant à savoir si cette adduction est le fait d'une paralysie des abducteurs ou d'un spasme des antagonistes, c'est une question toujours délicate mais qu'on peut généralement résoudre par un examen laryngoscopique attentif : le relâchement de la corde dans le cas de paralysie, son raccourcissement produit par la chute en avant de l'aryténoïde, son aspect flottant et excavé, sont les éléments qui permettront le plus souvent de rapporter à son véritable mécanisme le trouble observé cliniquement.

M. Moure. — On ne doit pas, pour le moment, être absolument affirmatif sur la situation et même sur l'existence du centre cortical laryngé. Si ce foyer est rendu très probable par le raisonnement physiologique, il s'en faut qu'il soit jusqu'ici démontré d'une façon péremptoire par l'observation clinique et les recherches sur le cadavre. Il y a, en matière de localisations cérébrales, des données qui sont définitivement acquises et d'autres qui restent encore problématiques : le centre laryngé doit rester jusqu'à nouvel ordre dans cette catégorie douteuse, ainsi que me le déclarait récemment M. le professeur Pitres. Quant à la nature de la déformation produite par les lésions de ce foyer, nous possédons trop peu de faits pour l'établir d'une façon absolue. Certains auteurs affirment avoir vu en pareil cas la glotte en position cadavérique; ce sont là des faits d'observation qu'il faut pour le moment accepter, quitte à interpréter plus tard leur contradiction apparente avec le raisonnement physiologique.

M. Raugé. — Les lésions du centre cortical ne peuvent atteindre le larynx que dans sa fonction vocale; elles laissent absolument intacts les mouvements d'abduction respiratoire qui dépendent du centre bulbaire. Il est donc physiologiquement impossible que les altérations limitées à l'écorce s'expriment par l'état cadavérique, qui répond à la suppression complète de toute l'activité glottique.

NOTE SUR LES TROUBLES LARYNGÉS DANS LA SYRINGOMYÉLIE

Par le Dr A. CARTAZ, ancien interne des hôpitaux de Paris et Lyon.

Les symptômes de la syringomyélie sont aujourd'hui bien nettement tracés et les observations de cette maladie, non classée il y a quelques années, se multiplient de tous côtés. Les formes en sont variées, suivant la prédominance de tels ou tels signes pathologiques. Dans une clinique récente (1), le Prof. Raymond signalait la fréquence des manifestations bulbaires et montrait qu'il existait vraiment une forme que l'on pouvait qualifier de bulbaire ou plutôt de bulbo-protubérantielle.

Parmi les divers troubles engendrés par cette localisation des lésions, les troubles laryngés ne sont pas encore bien connus. Signalés au passage, dans quelques observations de Bernhardt, Hoffmann et d'autres auteurs que j'aurai l'occasion de citer plus loin, ils ont été étudiés avec soin par Schlesinger, dans une note publiée dans la *Neurolog. Centralb.* (1893).

A ce moment, Schlesinger avait pu réunir 12 observations, dans lesquelles on avait noté des paralysies laryngées plus ou moins complètes. Lui-même ajoutait 4 cas nouveaux aux faits de Booth, Bernhardt, Hoffmann, Raichline, etc.

Tout récemment, le Dr Lamacq a publié (*Revue de Médecine*, avril 1895) quelques observations recueillies dans le service du Prof. Pitres et caractérisées par des troubles d'origine bulbaire, parmi lesquels les désordres sensitifs des muqueuses buccale, linguale et nasale, des atrophies de la langue et des troubles laryngés.

En résumant, d'après ses faits personnels et d'après l'ensemble des observations publiées, les détails de ces symptômes bulbaires, M. Lamacq a constaté, sur 52 cas, 12 fois de la paralysie du voile du palais, 5 fois l'absence du réflexe laryngé, 10 fois l'absence du réflexe pharyngé, 21 fois des

(1) *Gaz. des Hôp.*, 19 mars 1895.

troubles de la phonation, soit, pour cette dernière manifestation, presque dans la moitié des cas. C'était la proportion notée par Hoffmann; celle que j'ai constatée est moins élevée, un peu moins d'un tiers, mais ce pourcentage variera avec le nombre des cas et la fréquence des examens.

Mon ami le Prof. Raymond a bien voulu me charger de l'examen des malades de son service de la Salpêtrière; j'ai pu examiner ainsi 10 cas de syringomyélie à des périodes très diverses d'évolution. A Bicêtre, dans le service du Dr Duflocq, j'ai trouvé 6 autres cas; enfin, 2 autres m'ont été indiqués dans le service des Drs Marie, à l'Hôtel-Dieu, et Déjerine à la Salpêtrière. C'est un total de 18 cas, qui permet une étude comparée de la fréquence relative des troubles sensitifs ou moteurs de la gorge et du larynx.

Observation I. — V..., salle Prus, à la Salpêtrière, âgé de cinquante et un ans. Syringomyélie. Depuis quelques années, la voix est enrouée; elle était très sonore autrefois. Cet enrouement est survenu peu après le début de sa maladie. La voix est actuellement sourde et voilée. La sensibilité du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx est très diminuée, surtout à droite; la sensation du contact est perçue, mais moins prononcée à droite; la sensation de chaleur et de froid n'est perçue qu'à gauche.

Pas d'anesthésie de la muqueuse laryngée, mais diminution assez marquée des réflexes. La corde vocale droite ne revient pas complètement en dehors; il y a parésie des abducteurs. Dans les mouvements de phonation, les cordes se rapprochent bien.

Obs. II. — H..., quarante-six ans, salle Bouvier, à la Salpêtrière. Syringomyélie. Le malade avait, avant sa maladie, une voix très bonne; il chantait bien la tyrolienne. Actuellement, la voix est nasonnée et ce nasonnement tient à une obstruction très prononcée des fosses nasales par une énorme déviation double de la cloison, due à un traumatisme dans le jeune âge. Pas de troubles de la sensibilité du voile, du pharynx ou du larynx. Pas de troubles respiratoires. Le larynx ne présente pas de troubles moteurs.

Obs. III. — B..., trente-cinq ans, salle Prus, à la Salpêtrière. Syringomyélie. Pas de troubles de la sensibilité du voile du pharynx, ni de la langue. Pas de troubles moteurs.

Obs. IV. — B..., trente-deux ans, salle Bouvier, à la Salpêtrière. Syringomyélie. Diminution de la sensibilité du voile et du pharynx du côté droit; la sensation de contact est également moins nette de ce côté qu'à gauche. Diminution très marquée des réflexes pharyngés et laryngés. Rien au larynx; voix normale.

Obs. V. — V..., vingt-neuf ans, salle Prus, à la Salpêtrière. Syringomyélie datant de quatre ans. Avant sa maladie, il avait, dit-il, de temps en temps des enrouements passagers; depuis, il en a eu, mais moins fréquents. Le larynx ne présente pas de lésions des cordes vocales, pas de troubles moteurs; la voix est du reste normale au moment de l'examen (11 mars). En revanche, les troubles de la sensibilité sont très marqués; il y a une anesthésie presque absolue de tout le voile du palais, du pharynx et du larynx. Abolition des réflexes pharyngés et laryngés.

Obs. VI. — P..., salle Saint-Christophe, à l'Hôtel-Dieu (service du Dr Marie). Agé de vingt-deux ans. Début de la syringomyélie il y a six ans, lésions bilatérales avec atrophie musculaire égale des deux côtés. Pas de troubles sensitifs ou moteurs. Voix normale.

Obs. VII. — Mme P..., salle Charcot, à la Salpêtrière (1); âgée de cinquante-huit ans. Chez cette malade, les troubles de la voix ont été accusés presque dès le début, il y a sept ans; ils l'ont même été, dit-elle, plus qu'à présent. Elle a été un moment presque aphone. Actuellement, voix enrouée, un peu rauque. La corde vocale gauche est immobile dans la position dite cadavérique. La corde vocale droite vient au delà de la ligne médiane dans les mouvements de phonation, se rapprochant de la corde paralysée. La corde gauche présente une atrophie marquée; le bord est effilé, plus aminci, en plat de sabre, et, comparée à la droite, la corde gauche paraît diminuée de plus du tiers comme épaisseur. Pas d'inflammation de la muqueuse. La sensibilité est diminuée du côté du voile et du pharynx; la sensation de température est conservée. Les réflexes pharyngés et laryngés sont très peu marqués.

Obs. VIII. — Mme K..., vingt-deux ans, venue à la consultation du Prof. Raymond, à la Salpêtrière. Syringomyélie. Pas de troubles de la sensibilité, ni de troubles moteurs du pharynx ni du larynx.

(1) L'observation de cette malade a été publiée in extenso dans la leçon du Prof. Raymond (*Gaz. des Hôp.*, 19 mars 1895). — Une erreur de composition a fait indiquer « paralysie des adducteurs » au lieu de : « abducteurs ».

Obs. IX. — Mme P..., trente-sept ans, salle Cruveilhier, à la Salpêtrière. Syringomyélie datant de 1891. La malade avait la voix bien timbrée, elle pouvait même chanter. Actuellement, la voix est très voilée et l'enrouement, dit-elle, s'est accentué depuis environ une année. Aucun trouble de la sensibilité du voile du palais ni de l'arrière-gorge. Paralysie de la corde vocale droite, paralysie du crico-aryténoïdien postérieur.

Obs. X. — Mme W..., trente-six ans, salle Charcot, à la Salpêtrière. Syringomyélie. Hémiatrophie de la langue à droite. Pas de troubles de la sensibilité du voile du pharynx ou du larynx. Sensation de température intacte. Diminution des réflexes laryngés. Pas de troubles moteurs du larynx.

Obs. XI. — Mme B..., cinquante-trois ans, salle Parrot, à la Salpêtrière (service du Dr Déjerine) (1). Syringomyélie. Pas de troubles moteurs laryngés; un peu de rougeur des cordes vocales, restes d'une laryngo-bronchite grippale qui la retient encore au lit.

Obs. XII. — Mme P..., trente-six ans, salle Charcot, à la Salpêtrière (service du Prof. Raymond). Syringomyélie. Hémiatrophie de la langue du côté droit; conservation de la sensibilité du voile, du pharynx; sensation de la température très nette. Diminution assez marquée des réflexes pharyngiens.

Les six cas suivants proviennent du service de mon ami le Dr Duflocq, à l'hospice de Bicêtre.

Obs. XIII. — G..., soixante-onze ans. Syringomyélie, dont le début remonte à l'année 1868. Pas de troubles moteurs du larynx. Pas de troubles sensitifs.

Obs. XIV. — Ch..., quarante-deux ans. Pachyméningite cervicale hypertrophique avec syringomyélie. Début de la maladie en 1876. Aucun trouble sensitif ou moteur.

Obs. XV. — H..., soixante ans. Syringomyélie. Aucun trouble moteur ou sensitif.

(1) L'observation de cette malade a été communiquée in extenso, par le Dr Déjerine, à la Société de Biologie, mars 1895; je n'avais pas encore fait l'examen laryngoscopique.

Obs. XVI. — G..., cinquante-un ans. Syringomyélie, dont le début remonte à 1870. Sensibilité normale au contact. Diminution légère de la sensibilité thermique à gauche, sur le voile du palais.

Obs. XVII. — H... Syringomyélie dont le début remonte à 1885. Diminution de la sensibilité du côté gauche sur le voile du palais et le pharynx. Pas de troubles laryngés. La voix est nasonnée par suite d'une déviation très prononcée de la cloison obstruant en grande partie la fosse nasale gauche.

Obs. XVIII. — M..., vingt-huit ans. Début de la syringomyélie à dix-sept ans. Hémiatrophie de la langue du côté droit. Paralysie du voile du palais du côté droit. Anesthésie du même côté au palais et au pharynx. Anesthésie également de la muqueuse nasale du côté droit. Paralysie du récurrent du côté droit.

Comme on le voit par l'exposé succinct de ces cas, les troubles sensitifs ou moteurs s'observent presque dans la moitié des cas. 4 fois je trouve de la diminution ou de l'abolition des réflexes ; dans 7 cas, les troubles sensitifs sont plus ou moins prononcés ; j'ai relevé enfin 3 cas de parésie ou de paralysie des abducteurs et 2 cas de paralysie du récurrent. Ces désordres se sont rencontrés simultanément ou indépendamment les uns des autres : une malade montre une paralysie des plus nettes, sans anesthésie de l'arrière-gorge ; plusieurs au contraire ont des troubles de la sensibilité sans désordre moteur ; dans 3 observations, les deux symptômes sont réunis.

Si l'on jette un coup d'œil sur les observations publiées antérieurement, on constate la même irrégularité. Dans 2 cas de Chabanne, l'hémiatrophie de la langue s'accompagnait d'anesthésie de la gorge, de paralysie du voile, d'abolition ou diminution des réflexes ; il n'y avait rien au larynx. Dans un des faits rapportés par Raichline, l'examen laryngoscopique fut pratiqué par le Dr Kraus et fit constater de la diminution de la sensibilité et de la parésie du voile, l'abolition presque complète des réflexes pharyngiens et une paralysie du récurrent du côté gauche ; la sensibilité du larynx était normale.

Les troubles de la sensibilité sont plus fréquents que les troubles moteurs, et mes observations confirment sur ce point les faits énoncés par Schlesinger. Ils sont plus variables. Tantôt il s'agit d'une simple diminution de la sensation de contact, tantôt d'une anesthésie véritable. Le sens thermique est également modifié, souvent indépendamment de toute anesthésie tactile. Le malade ne perçoit pas la sensation de chaud et de froid d'un côté, plus rarement (un seul cas) sur toute la muqueuse. Ces symptômes sont limités le plus souvent à un seul côté, celui où se manifestent les désordres les plus apparents. Cependant il n'y a là rien d'absolu, et ils peuvent être bilatéraux sans concorder pour cela avec l'ensemble des troubles de la sensibilité du côté de la surface tégumentaire. En même temps que cette perversion des divers ordres de la sensibilité, on rencontre, associés ou non, de la diminution ou de l'abolition des réflexes pharyngés et laryngés.

Je n'ai constaté que 3 fois l'anesthésie de la muqueuse nasale. Le sens olfactif ne paraissait pas atteint chez ces divers malades.

Les troubles de la motilité varient, suivant la période d'observation, d'une parésie du crico-aryténoïdien postérieur à une paralysie complète ou une paralysie du récurrent.

Je n'ai pas eu l'occasion de constater de paralysie bilatérale.

Des faits de ce genre ont été signalés par Brunslow, Schmidt et Schlesinger. Sur les 16 cas rassemblés par ce dernier auteur, il existait 4 fois une paralysie double, dont 1 cas de paralysie bilatérale complète du récurrent.

Dans toutes les observations publiées jusqu'ici, comme dans les cas que j'ai examinés, il s'agit toujours de paralysie du crico-aryténoïdien postérieur ou d'une paralysie complète du récurrent. Quand cette paralysie est ancienne, on peut observer de l'atrophie de la corde vocale correspondante. La diminution du volume de la corde était des plus nettes chez une des malades que j'ai examinées. Deux fois déjà, l'atrophie de la corde vocale a été signalée dans ces paralysies laryn-

gées dues à la syringomyélie par Schmidt(1) et Hoffmann (2); ce dernier a pu vérifier par l'autopsie l'atrophie consécutive à la paralysie du récurrent. Le nerf fut trouvé dégénéré et les fibres musculaires de la corde vocale étaient en partie normales, en partie atrophiées.

Ces troubles moteurs s'accusent par les signes ordinaires des paralysies laryngées de ce genre : enrouement, raucité de la voix; les troubles respiratoires sont nuls ou très peu marqués, à moins d'efforts considérables, de course rapide, ce qui n'est pas commun à des malades atteints de cette triste infirmité, ou à moins de paralysies bilatérales. Dans deux cas récemment publiés, Weintraud a signalé la coexistence d'une paralysie du crico aryténoïdien postérieur avec la paralysie et atrophie du muscle trapèze du même côté. L'altération avait porté à la fois sur les deux branches interne et externe du nerf spinal. D'après les remarques du Prof. Raymond, cette association morbide ne serait pas très rare dans la forme bulbaire de la syringomyélie.

Le début de ces lésions est le plus souvent silencieux. Le malade s'aperçoit d'un peu d'enrouement, de dysphonie. Souvent c'est l'entourage ou le médecin qui le signale au malade, dont l'attention est plus attirée par les autres symptômes multiples et plus graves de sa maladie. La soudaineté du trouble vocal peut frapper le patient. Dans le cas de Schmidt, le malade fut atteint subitement, au cours d'un voyage, d'une raucité de la voix qui ne fit que s'accentuer par la suite.

Quant aux troubles sensitifs, ils passent le plus souvent inaperçus et ne sont révélés qu'au moment de l'examen. Les malades se plaignent quelquefois de dysphagie, de troubles de la déglutition, mais il existe alors un état parétique plus ou moins prononcé des muscles du voile et du pharynx.

Ces lésions pharyngo-laryngées ne sont pas toujours l'apanage de syringomyélies de vieille date. On peut les voir

(1) *Deut. med. Woch.*, n° 26, 1892.
(2) *Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III.

presque au début de la maladie. Schlesinger l'avait constaté et l'observation VII en est un exemple.

Dès les premières manifestations de son affection, la malade a eu de l'enrouement. Cet enrouement aurait même été jusqu'à l'aphonie complète, au dire de la malade. Chez elle, du reste, la paralysie de la corde vocale s'accompagne d'une atrophie manifeste. Il est clair que suivant la progression plus ou moins rapide des lésions dans le centre bulbo-protubérantiel, les symptômes pourront éclater plus ou moins tôt et porter sur plus ou moins d'organes. D'une façon générale, c'est dans les périodes avancées de la syringomyélie que s'accusent ces désordres; encore un certain nombre de malades échappent-ils à toute atteinte de ce côté. Leur nombre se fera peut-être plus rare si l'examen du larynx est pratiqué d'une façon systématique chez les sujets atteints de lésions semblables et s'il peut être répété à diverses étapes de la maladie.

La marche de ces accidents spéciaux correspond à l'évolution générale de la maladie; c'est dire qu'elle est lente, graduelle, et ne rétrograde pas. On n'a pas observé jusqu'ici de phénomènes de spasmes, de contractures, analogues à ceux qu'on rencontre dans le tabes. Aussi, pas de crises laryngées, pas de ces spasmes avec suffocation si fréquents dans cette dernière maladie.

DISCUSSION

M. Castex. — J'ai pu examiner le larynx d'un malade atteint de paralysie agitante. La voix était chevrotante, et cependant au laryngoscope on ne voyait aucun tremblement des cordes qui étaient seulement molles et détendues. Il s'agit donc là d'un fait négatif.

M. Cartaz. — J'ai également observé deux cas de paralysie agitante, avec voix chevrotante; mais j'ai parfaitement constaté les mouvements fibrillaires des cordes chez les deux malades.

RÉSULTATS D'UNE SÉRIE DE QUATORZE CAS D'OUVERTURE LARGE DES CAVITÉS DE L'OREILLE MOYENNE, PAR LA MÉTHODE STACKE-ZAUFAL, POUR LA CURE RADICALE D'OTORRHÉES REBELLES

Par le Dr LUC

La série des faits que je vais avoir l'honneur de soumettre à vôtre attention et dont je ne donnerai ici que le résumé essentiel, les six premiers vous ayant été déjà communiqués lors de notre réunion de l'an dernier, et les autres devant figurer in extenso dans la thèse de doctorat de mon élève et ami M. Anderodias, n'est rien moins qu'une suite de succès opératoires, mais bien plutôt le résultat d'une période d'inexpérience et de tâtonnements, avec les fautes et les leçons qu'elle comporte.

Lorsque je pratiquai pour la première fois l'opération de Stacke, avec l'aide bienveillante de mon ami Lubet-Barbon, au mois de septembre 1893, je crois pouvoir dire que, si elle était nouvelle pour moi, elle l'était encore pour la majorité de mes collègues, sinon pour les détails essentiels du manuel opératoire, bien d'autres l'ayant pratiquée avant moi, du moins pour les variétés à apporter dans la façon de procéder tant au moment qu'à la suite de l'opération, suivant les différences cliniques observées d'un malade à un autre, variétés qui ne peuvent être déterminées qu'au prix d'une certaine expérience et qui constituent ce que j'aime à appeler les *nuances* de la clinique. De ce nombre sont les indications de l'ouverture de l'attique et de son extension à l'antre, celles de l'occlusion précoce ou tardive de la plaie rétro-auriculaire ou de l'établissement d'une ouverture permanente rétro-auriculaire, avec application de lambeaux cutanés sur les bords de la brèche osseuse, celle de la fréquence des pansements consécutifs, enfin les éléments qui nous permettent de déterminer approximativement à l'avance la durée du travail de réparation, dans chaque cas donné.

Tels sont les divers points que je désire aborder et traiter devant vous.

Au cours de ce travail, loin de dissimuler mes fautes, je m'appliquerai à les mettre en évidence et à en tirer les enseignements qu'elles comportent, convaincu qu'en médecine et en chirurgie comme ailleurs, notre expérience est moins faite de nos succès que de nos erreurs, pourvu que nous sachions les reconnaître courageusement et en profiter.

I

L'ouverture de l'attique par la méthode de Stacke nous paraît s'appliquer, en dehors d'un âge avancé ou d'un état pathologique grave (tuberculose, diabète) justifiant mal un traumatisme de quelque importance, à toute suppuration chronique de cette région spéciale de la cavité tympanique ayant, plusieurs mois durant, résisté à tous les moyens applicables par le conduit, y compris l'extraction du marteau et de l'enclume (Obs. III, VIII et X).

Je crois pouvoir avancer que, dans la grande majorité des cas, toute ostéite fongueuse de l'attique occupe simultanément l'antre mastoïdien, qui est en somme son prolongement en arrière. Cette coexistence se rencontrait chez mes quatorze opérés ; aussi, après m'être trouvé quatre fois dans la nécessité de recommencer l'opération, faute de l'avoir d'emblée étendue à l'antre, j'ai adopté comme principe invariable de ne pas ouvrir l'attique sans ouvrir l'antre du même coup, cette extension de la brèche osseuse ayant été constamment justifiée par les faits et ne m'ayant pas paru compliquer sensiblement l'opération.

Dans certains cas d'ailleurs, la participation de l'antre à la suppuration peut être plus ou moins nettement établie à l'avance, soit qu'une injection dirigée vers l'aditus au moyen d'une canule de Hartmann, la caisse ayant été une première fois lavée, provoque l'expulsion d'une nouvelle quantité de pus (Obs. XI, XII, XIII), soit qu'un trajet fistuleux donnant accès dans l'antre se montre à la face externe de l'apophyse mastoïde ou au niveau de la paroi postérieure du conduit auditif osseux (Obs. I et IX), soit qu'enfin surviennent

inopinément des signes de mastoïdite externe, par le fait d'un écoulement insuffisant du pus par l'aditus et la caisse (Obs. VI, XII et XIII).

II

Je n'entrerai pas ici dans de grands détails relativement au manuel opératoire de l'ouverture attico-mastoïdienne aujourd'hui bien connu de tous. La grande incision rétro-auriculaire une fois faite jusqu'au périoste inclusivement, je pratique soigneusement la torsion ou au besoin la ligature de toutes les artères ou artérioles ouvertes; puis, à l'aide de la rugine, le périoste est refoulé soigneusement en avant, pour bien découvrir la plus grande partie de la circonférence de l'orifice du conduit auditif osseux, et en arrière, pour mettre en évidence la majeure étendue de la surface mastoïdienne et la racine postérieure de l'apophyse zygomatique. Dans la majorité des cas, cette racine ou, quand celle-ci est mal dessinée, une ligne horizontale tangente à la paroi supérieure du conduit auditif, marque la limite inférieure de l'étage moyen du crâne. Il y a pourtant des exceptions à cette règle, ainsi que l'a établi mon collègue Garnault dans un récent travail. C'est ainsi que chez le jeune malade qui fait l'objet de l'observation VIII, la cavité cranienne fut ouverte, d'ailleurs sans accidents consécutifs, bien que j'eusse pris soin de ne pas dépasser la ligne en question.

Le champ opératoire osseux une fois bien découvert, je poursuis l'opération d'après la méthode exposée par Zaufal dans un récent article (1) dont j'ai publié une analyse dans le n° 5 des *Archives de Laryngologie* de 1894. C'est-à-dire que l'antre est en premier lieu ouvert, puis que la brèche osseuse est secondairement étendue à l'attique. Cette brèche pratiquée d'abord avec la gouge est ensuite élargie avec des pinces coupantes, tant que l'on trouve un rebord osseux

(1) « Zur Geschichte und Technik der operativen Freilegung der Mittelohrräume » (*Archiv f. Orenheilk.*, Bd XXXVII, Heft 1 et 2, p. 32).

saillant à réséquer. L'ouverture osseuse doit donc être proportionnelle à l'étendue du travail destructeur de l'ostéite, afin de prévenir la rétention ultérieure du pus et de faciliter les tamponnements consécutifs.

C'est ainsi que chez le petit malade de l'observation XIII, l'ouverture osseuse fut étendue jusqu'à la pointe de l'apophyse mastoïde, intéressant une partie des attaches du muscle sterno-mastoïdien.

Mon expérience m'a d'autre part appris qu'il y avait également grande importance, pour la facilité des soins consécutifs, à réséquer le plus complètement possible la crête osseuse parfois très saillante qui s'élève entre la cavité tympanique et l'antre, tout en prenant les précautions nécessaires pour ménager le nerf facial. Ce détail est particulièrement important quand on se propose de laisser, à un moment donné, se refermer la plaie rétro-auriculaire, et de pratiquer exclusivement les tamponnements par le conduit, la crête en question dissimulant au regard la région inférieure de l'antre. C'est pour avoir négligé cette précaution que j'ai rencontré de grandes difficultés dans l'exécution des pansements consécutifs chez le malade de l'observation VII, le massif du facial, très volumineux chez lui, gênant l'accès vers la partie inférieure de la caisse.

Depuis la lecture de l'article de Zaufal auquel j'ai fait allusion plus haut, j'ai complètement renoncé à tailler la paroi postérieure du conduit auditif membraneux suivant la méthode de Stacke, ayant trouvé avantage à adopter le procédé du premier auteur, qui consiste, dès que la circonférence postéro-supérieure de l'orifice du conduit auditif osseux a été découverte par la rugine, à inciser la moitié postéro-supérieure du conduit membraneux, perpendiculairement à sa direction, au niveau de la pénétration dans l'os, puis, au moyen d'un bistouri et d'une pince à dissection, à réséquer complètement la portion postéro-supérieure du périoste du conduit osseux. Après que, dans la phase suivante de l'opération, la même région de la paroi osseuse du conduit a été abattue par la gouge, on se trouve avoir

par l'orifice de l'oreille une large fenêtre ouverte sur le foyer osseux.

III

Les cavités de l'oreille moyenne une fois largement ouvertes et curettées, la partie essentielle de l'opération est terminée ; mais il reste une importante décision à prendre, relativement au maintien temporaire ou définitif, ou à l'occlusion immédiate de l'ouverture créée artificiellement en arrière du pavillon de l'oreille, en vue de mettre largement au jour la cavité tympano-mastoïdienne et de n'y laisser subsister aucune lésion susceptible d'entretenir la suppuration.

Chacune de ces façons de procéder a ses avantages, et c'est affaire de tact de donner la préférence à l'une ou à l'autre, suivant le cas observé. A ce point de vue, la conduite tenue à l'égard des malades IX, XII et XIII, d'une part, d'autre part à l'égard de la malade X, et enfin à l'égard du malade XI, me paraît avoir bien répondu aux indications de la clinique, et si j'excepte les malades XII et XIII, trop récemment opérés pour que leur guérison puisse être encore enregistrée, chez les autres le résultat obtenu a parfaitement justifié la méthode suivie.

Chez les trois premiers, l'antre, énormément agrandi par le travail destructeur de l'ostéite, occupait la plus grande partie de l'apophyse, en sorte qu'après que la brèche opératoire eut été terminée, on voyait, en arrière de l'oreille, une caverne énorme qui ne se serait jamais comblée et qu'il eût été matériellement impossible de tamponner dans toute son étendue, d'avant en arrière, par le conduit auditif. C'était donc là ou jamais le cas de créer en arrière du pavillon, suivant la méthode proposée par Siebenmann et d'autres otologistes allemands, un orifice permanent et de hâter l'épidermisation des parois de la cavité par l'application de lambeaux cutanés sur les bords de la brèche osseuse. Je ne veux pas revenir ici sur le manuel opératoire

de la taille de ces lambeaux, que j'ai décrit dans un travail antérieur (1).

Le procédé des deux lambeaux supérieur et inférieur adopté par moi chez les malades IX et XII est celui de Kretschmann; il a l'inconvénient de donner des lambeaux courts, qui ne pénètrent guère au delà de l'entrée de l'orifice osseux. Chez le malade XIII, je taillai un seul lambeau triangulaire, à base inférieure, qui, ayant une longueur double de chacun des précédents, devait naturellement pouvoir être logé plus profondément dans la cavité osseuse. Je pourrai ultérieurement, en comparant les malades XII et XIII qui ont été opérés presque à la même époque et offraient des lésions à peu près aussi étendues, apprécier si ma modification constitue quelque progrès.

D'une façon générale, la méthode des lambeaux, employée à propos, confère des avantages considérables en favorisant l'épidermisation du foyer, et en donnant toute facilité pour la surveillance ultérieure d'une cavité pathologique étendue et anfractueuse où, pendant de longs mois après la guérison apparente, les fongosités peuvent reparaître et ramener la suppuration. Mais c'est surtout quand l'ostéite fongueuse se complique de la production de lames nacrées cholésteatomateuses, que les récidives sont à craindre et qu'une surveillance attentive s'impose, surveillance pour laquelle le conduit auditif est généralement insuffisant. A un moment donné, l'aspect de la cavité osseuse paraît indiquer une guérison complète : les parois blanches et sèches ne sont plus le siège du plus léger suintement purulent. Or, si les choses sont laissées à elles-mêmes, il arrivera trop souvent que, quelques semaines plus tard, on découvrira, dans la profondeur de la cavité, une lamelle nacrée qui se laissera soulever et sous laquelle on découvrira une petite fongosité baignée de pus. Telle est la constatation qu'il m'a été donné de faire à deux reprises chez le malade de l'observation IX, quelques semaines après que j'avais

(1) *Arch. internat. de Laryng. et d'Otol.*, 1895, p. 3.

rendu mes collègues de la Société parisienne d'Otologie témoins de sa guérison apparente. Elle n'eût pas été possible ou bien elle aurait été faite plus tardivement, si ma surveillance n'avait pu s'exercer que par le conduit, et j'aurais éprouvé, d'autre part, de bien grandes difficultés à réprimer par cette voie des lésions aussi profondément situées.

Je crois donc, je le répète, que ma conduite était parfaitement justifiée chez les trois malades en question, et que si j'avais été à même d'appliquer la même méthode chez les malades II, IV et V antérieurement opérés, leur guérison eût été plus complète ; chez le premier et le troisième la tendance à la formation de lames nacrées, chez le second l'étendue des lésions mastoïdiennes, indiquaient formellement (l'événement me l'a appris) la création d'emblée d'une ouverture permanente, rétro-auriculaire. J'ai tout lieu de penser que, si cette méthode leur avait été appliquée, ils seraient depuis longtemps débarrassés d'une suppuration dont le tarissement ne s'est, en somme, montré chez eux que d'une façon transitoire.

J'ai eu, d'autre part, à me féliciter d'avoir obtenu (sans l'avoir systématiquement cherché, puisque la méthode des lambeaux ne m'était pas connue à cette époque) un large orifice rétro-auriculaire permanent chez le premier de tous mes opérés, ayant eu également à réprimer chez lui des commencements de récidive qui m'eussent certainement échappé par le conduit. Seulement, dans ce cas, de même que chez le malade III, la guérison, non favorisée par l'application de lambeaux cutanés, se fit attendre plus longtemps que chez les opérés suivants.

A côté des avantages considérables que je viens d'énumérer, la création d'une ouverture permanente rétro-auriculaire présente l'inconvénient indiscutable de constituer une difformité qui risque assurément de ne pas toujours être acceptée dans la pratique, notamment quand il s'agit de jeunes filles et de jeunes femmes. Lorsqu'une fin de non-recevoir sera opposée par les malades ou leur famille, alors que l'emploi de la méthode en question est formelle-

ment indiquée soit par l'étendue des lésions osseuses, soit par la présence de lames nacrées sur les parois de la cavité pathologique, le chirurgien, en se décidant à laisser se fermer la plaie rétro-auriculaire, fera bien de ménager sa responsabilité en ne dissimulant pas la longueur du travail de réparation, la possibilité de récidives ultérieures et la nécessité d'une surveillance attentive du foyer et de soins locaux prolongés, après la réalisation d'une guérison apparente.

Dans les cas, au contraire, où la cavité mastoïdienne est modérément étendue et ne renferme que peu ou point de lames nacrées; où, d'autre part, le conduit auditif est largement perméable, on est autorisé à substituer, à un moment donné, au drainage par la plaie le drainage exclusif par le conduit. Cette façon de faire, la plus usitée, d'ailleurs, qui est celle que j'ai suivie chez la majorité de mes opérés, consiste à pratiquer, pendant quelque temps, les tamponnements et les lavages par la plaie et par le conduit, puis à diminuer progressivement, au fur et à mesure que la suppuration se tarit, les dimensions de la mèche de gaze introduite par la plaie, et finalement à laisser celle-ci se fermer, et à pratiquer alors exclusivement les pansements par le conduit, en ayant soin que la gaze soit bien poussée au fond de la cavité antrale, en arrière.

Lorsque la cavité mastoïdienne est très peu développée et que le conduit auditif se montre, au contraire, anormalement spacieux, ne serait-il pas d'une pratique rationnelle de fermer d'emblée la plaie rétro-auriculaire, et de pratiquer exclusivement, dès le début, les tamponnements par le conduit?

Je ne suis pas le seul à avoir été tenté par cette idée, que je sais avoir été heureusement mise à exécution par le Dr Lindt (de Berne).

Encouragé moi-même par la rapide guérison obtenue chez mon malade de l'observation XI, chez qui la plaie avait cessé d'être maintenue ouverte, dès la levée du premier pansement, je tentai, chez mon dernier opéré, d'obtenir la

réunion immédiate de la plaie et de réaliser le drainage d'emblée du foyer par le conduit (Observ. XIV). Malheureusement, si le cas était bien choisi au point de vue des faibles dimensions du foyer osseux, il l'était moins au point de vue des conditions du conduit auditif membraneux, considérablement rétréci par l'eczéma consécutif à l'emploi de l'iodoforme. Je comptais, il est vrai, surmonter cette difficulté en pratiquant, comme d'habitude, suivant la méthode de Zaufal, la résection de la portion postéro-supérieure du périoste du conduit. Il eût été prudent d'étendre cette résection au conduit membraneux, jusqu'au voisinage immédiat du pavillon. Toujours est-il que, malgré la précaution que j'avais eue de maintenir pendant plusieurs jours un tube en caoutchouc dans le conduit, pour assurer le maintien de son calibre, l'atrésie se reproduisit plus forte qu'auparavant, aussitôt après le retrait de ce dernier, et, faute de pouvoir continuer le drainage par cette voie, la plaie rétro-auriculaire dut être recouverte.

Ma première tentative de fermeture immédiate de la plaie rétro-auriculaire et de drainage d'emblée du foyer osseux par le conduit éprouva donc un échec complet, échec qui incombe non pas à la méthode elle-même, mais au mauvais choix du sujet.

Foyer osseux limité, conduit auditif large me paraissent, en effet, les deux conditions indispensables pour la réussite du procédé. Or, la première seulement se trouvait réalisée dans le cas en question ; j'avais été fort mal inspiré, au contraire, en ne considérant pas l'eczéma et l'atrésie consécutive du conduit comme une contre-indication absolue à la méthode en question.

Elle aurait pu, en revanche, très vraisemblablement être appliquée au malade XI, et, en somme, elle le fut à peu de chose près, chez lui, puisque, dans son cas, la plaie ne fut maintenue ouverte que pendant la durée du premier pansement, c'est-à-dire une huitaine de jours.

Je ferai remarquer que dans ce cas la durée du travail de réparation fut beaucoup plus courte que chez aucun

autre de mes opérés : elle n'excéda pas neuf semaines. La fermeture précoce de la plaie n'a peut-être pas été sans influence sur cet heureux résultat, et, d'autre part, cette méthode présente l'avantage d'épargner aux malades le port prolongé de pansements extrêmement gênants. Je crois donc qu'elle ne doit pas être rejetée, mais appliquée avec discernement à certains cas bien choisis (1).

Le pansement post-opératoire peut être maintenu en place pendant une semaine, pourvu que la température, soigneusement prise chaque jour, ne révèle pas une élévation inquiétante de la température. Chez mes opérés, cette élévation n'a guère dépassé un degré ou un degré et demi au dessus de la normale, et ne s'est pas prolongée au delà de deux ou trois jours. Il me paraît surtout indiqué de prolonger ce maintien du premier pansement pour les opérés chez qui l'on a fait une application de lambeaux cutanés sur les bords de la brèche osseuse. On trouve ceux-ci déjà bien adhérents à l'os lors de la levée du pansement. Mon expérience m'a appris, au contraire, qu'il y avait tout avantage, pour la rapidité de la guérison, à ce que les pansements ultérieurs fussent renouvelés tous les jours.

Quand, après l'ablation de la gaze introduite la veille, la surface de la cavité pathologique se montre bien étanche, on peut se contenter de la saupoudrer avec de l'iodoforme pur ou mélangé d'acide borique; après quoi une nouvelle mèche de gaze est introduite dans la cavité.

(1) J'ai été heureux de trouver la confirmation de mes idées sur ce point particulier dans une lettre du Dr Lindt (de Berne) à mon élève M. Anderodias. J'en extrais le passage suivant : « Il est vrai que j'ai eu l'idée de fermer tout de suite après l'opération la plaie rétro-auriculaire par suture dans les cas où la suppuration n'était pas abondante, la carie osseuse peu avancée, et quand il ne s'agissait pas de choléstéatomes étendus. Cette fermeture précoce m'a donné de très bons résultats. Après quatre ou cinq jours, on ôte le pansement et on ne traite plus l'oreille que par le conduit. La guérison complète s'obtient au bout de quatre ou cinq semaines Quand, au contraire, il s'agit d'une carie avancée ou d'un choléstéatome étendu dans l'apophyse mastoïde, je laisse une ouverture rétro-auriculaire, en employant la méthode de transplantation de lambeaux. »

Si, au contraire, on découvre, dans quelque anfractuosité du foyer, soit du pus épais non absorbé, soit quelque filament de gaze, il me paraît utile de compléter le nettoyage par une injection d'eau tiède simplement bouillie ou tenant de l'acide borique en solution. La pratique des lavages, critiquable quand, les cavités de l'oreille ayant été complètement ouvertes, on peut craindre que le liquide injecté n'entraîne quelque produit septique dans une région jusque là respectée, ne me paraît pas passible du même reproche quand elle est appliquée à des opérés chez lesquels la brèche osseuse a été systématiquement étendue à l'antre.

Il m'a semblé, pour mon compte, que les injections employées avec discernement favorisaient la rapidité du travail de réparation plutôt qu'elles ne l'entravaient.

Quand la suppuration est réduite à un taux minime, les pansements peuvent être avantageusement espacés. Je remplace alors l'iodoforme par la poudre d'acide borique ou de salol.

IV

Est-il possible de prévoir, dans un cas donné, la date approximative de la guérison ?

Je crois cette évaluation permise en tenant compte d'un certain nombre d'éléments d'appréciation. De ces divers éléments, le plus important me paraît être incontestablement l'étendue de l'ostéite entraînant une étendue proportionnelle de la brèche osseuse qui s'impose à l'opérateur, en vue d'éliminer tous les produits pathologiques, fongosités, cholestéatomes, qui entretiennent la suppuration, et d'assurer le drainage du foyer.

A côté de l'étendue des lésions, la nature de ces dernières a aussi son importance, et je n'ai pas besoin de rappeler ici la ténacité et les tendances récidivantes propres aux produits cholestéatomateux.

La méthode de transplantation des lambeaux a heureusement modifié le pronostic si particulièrement défavorable

de cette dernière forme pathologique, et l'on peut, par une application opportune de ce procédé, obtenir la guérison des lésions osseuses occupant la presque totalité de l'apophyse mastoïde, dans un délai variant entre dix et seize semaines.

Dans les cas, au contraire, où la lésion osseuse est peu étendue et où la réparation des délabrements opératoires n'exige pas par elle-même un temps aussi considérable, on gagnera encore du temps en fermant immédiatement, ou du moins de très bonne heure, la plaie rétro-auriculaire, si toutefois le conduit auditif se montre assez spacieux pour offrir une voie suffisante aux tamponnements post-opératoires.

La fréquence et la régularité de ces derniers me paraît également constituer un élément accélérateur de la guérison, sur lequel je crois avoir suffisamment insisté. Il en est de même des soins antiseptiques apportés aux pansements en vue de prévenir le développement dans le foyer d'infections secondaires.

L'état général, enfin, mérite d'être très sérieusement mis en ligne de compte J'ai pu très nettement constater que, toutes choses égales, d'ailleurs, les sujets doués d'une forte constitution, jouissant d'un robuste appétit et de bonnes conditions hygiéniques, au point de vue de l'air et de l'alimentation, guérissaient plus vite que les autres.

Je n'ai malheureusement pas à enregistrer de succès aussi brillants que mon collègue Lindt (de Berne), qui parle, dans la lettre citée plus haut, de guérisons obtenues dans un délai de quatre à huit semaines !

Je me déclare satisfait, après tous les cas à guérison lente que j'ai eu l'occasion de soigner, d'avoir obtenu, au bout de neuf semaines, la guérison complète d'une suppuration de l'attique et de l'antre chez un sujet qui, il est vrai, réalisait l'ensemble des conditions favorables énumérées plus haut : dimensions restreintes de l'antre et spaciosité du conduit ayant donné la possibilité de fermer la plaie au bout de huit jours, absence de choléstéatomes. Homme robuste vivant à

la campagne et venant très régulièrement chaque jour se faire panser.

Il est presque inutile d'ajouter que les résultats opératoires deviennent de plus en plus satisfaisants, au fur et à mesure que s'affermit l'expérience de l'opérateur. C'est ce qui explique pourquoi chez mes derniers opérés, actuellement guéris, la guérison a été plus rapidement obtenue que chez les premiers, et c'est ce qui me donne l'espoir que les résultats de ma prochaine série opératoire seront sensiblement supérieurs à ceux de la précédente.

Voici le résumé des quatorze observations (1) :

Observation I. — Charles B..., neuf ans. Ecoulement fétide de l'oreille droite depuis deux ans. Signes d'ostéite fongueuse de l'attique. Première intervention limitée à l'attique, sans résultats. Guérison avec ouverture permanente derrière l'oreille, à la suite d'une seconde intervention étendue à l'antre mastoïdien. La guérison ne fut obtenue qu'après plus d'un an et après bien des récidives de l'ostéite fongueuse, qui purent être constatées dès le début et réprimées grâce à l'ouverture rétro-auriculaire, permettant une inspection facile de la brèche osseuse extrêmement étendue.

Obs. II. — Florent V..., dix-sept ans. Otorrhée fétide droite compliquée de la présence de masses choléstéatomateuses dans les cavités de l'oreille moyenne. Vertiges violents. Persistance de la suppuration à la suite d'une première intervention limitée à l'attique. Deuxième intervention étendue à l'antre mastoïdien qui renfermait du pus, des fongosités et des lames nacrées. Cessation de la suppuration au bout de quatre mois. Occlusion de la plaie rétro-auriculaire quinze jours auparavant.

Le résultat dans cette observation ne peut être considéré comme parfaitement radical, ni satisfaisant. La cavité attico-mastoïdienne, qui est assez étendue et ne peut être inspectée dans toutes ses anfractuosités par le conduit auditif qu'avec une certaine difficulté,

(1) Bien que sept de ces observations aient déjà été publiées entièrement dans les *Archives de Laryngologie et d'Otologie*, je crois devoir les reproduire ici sous une forme résumée, d'autant plus que j'aurai l'occasion de mentionner des récidives observées après coup chez plusieurs des malades en question.

continue d'être le siège d'une formation de lames nacrées qui deviennent fétides à la longue et réclament de temps en temps des lavages détersifs. En revanche, il ne s'est pas reproduit de fongosités.

Je reconnais après coup que l'opération idéale, dans ce cas, eût été le maintien d'une ouverture permanente rétro-auriculaire, avec lambeaux cutanés.

Obs. III. — Georges D..., dix-sept ans. Suppuration fétide de l'oreille gauche remontant à sept ans. Signes d'ostéite fongueuse de l'attique. Extraction du marteau sans résultat; puis opération de Stacke, limitée à l'attique. Persistance de la suppuration. Deuxième intervention ayant pour conséquence, au bout de quatre mois, la cessation de la suppuration avec persistance définitive d'un orifice rétro-auriculaire.

Obs. IV. — Emmanuel G..., seize ans. Otorrhée gauche abondante et fétide datant de cinq ans. Signes d'ostéite fongueuse attico-mastoïdienne. Ouverture large de l'attique et de l'antre. Cette dernière cavité, considérablement agrandie par l'ostéite, occupait la plus grande partie de l'apophyse. Au cours du curettage des surfaces osseuses, le nerf facial fut lésé.

Je laissai la plaie rétro-auriculaire se refermer quinze jours après mon intervention. L'événement montra que c'était une faute. Effectivement, ce n'était pas sans difficulté que l'on pouvait, par le seul conduit, transformer à fond une cavité osseuse aussi étendue.

Le malade était néanmoins presque guéri quand il dut s'en retourner dans son pays, au bout de quatre mois.

Malheureusement, les pansements confiés forcément à son entourage furent imparfaitement exécutés, et je ne fus pas surpris, quand je le revis quelques mois plus tard, de constater dans la région la plus reculée de l'antre quelques fongosités que je pus extraire avec une curette. Le malade ayant dû s'en retourner aussitôt chez lui, il est bien à craindre que de nouvelles récidives se soient ultérieurement produites.

Un résultat médical eût été plus facilement et plus promptement obtenu si j'eusse systématiquement maintenu une ouverture rétro-auriculaire permanente, avec application de lambeaux cutanés sur la brèche osseuse.

Obs. V. — Fernande M..., sept ans. Depuis trois ans, écoulement purulent abondant et fétide par l'oreille droite, consécutif à l'existence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal.

Signes d'ostéite fongueuse de la région attico-mastoïdienne.

Ouverture large, curettage et cautérisation de l'attique et de l'antre. Cette dernière cavité n'étant pas très étendue, je crus pouvoir ultérieurement pratiquer les pansements par le conduit auditif. Je laissai donc la plaie rétro-auriculaire se refermer au bout de deux mois. J'aurais dû procéder autrement en raison de la constatation de lames nacrées dans l'antre, au moment de l'opération.

En effet, l'enfant ayant dû se soustraire à mes pansements d'une façon prématurée, quelques soins qu'ait apportés la mère à pratiquer les tamponnements suivant mes indications, j'ai eu l'occasion de constater, en revoyant l'enfant de loin en loin, que le résultat obtenu jusqu'ici (l'opération date de plus d'un an) n'était pas parfait. S'il est vrai que la suppuration est réduite à un suintement insignifiant, cet état nécessite néanmoins encore de temps en temps des lavages détersifs, d'autant plus que la surface osseuse continue d'être le siège de la formation opiniâtre de lamelles nacrées.

Obs. VI. — L'abbé F..., quarante-trois ans. Otorrhée gauche remontant à cinq mois. La suppuration restant abondante malgré les pansements et les lavages employés, l'attique est ouvert dans une première intervention. Persistance de la suppuration. Deux mois plus tard, apparition de signes de mastoïdite. L'antre est ouvert et trouvé rempli de pus et de fongosités. Curettage du foyer. La plaie rétro-auriculaire laissée ouverte se comble et se ferme progressivement. Guérison complète au bout de quatre mois.

Obs. VII. — M. G..., vingt-un ans. Otorrhée gauche datant de quatorze ans, compliquée de paralysie faciale. Conduit auditif étroit : permet seulement d'apercevoir des masses fongueuses occupant la place de la membrane tympanique détruite.

L'apparition de douleurs intolérables dans la profondeur et autour de l'oreille me détermina à intervenir.

Je pratique l'ouverture large de l'attique et de l'antre. Les cavités étaient remplies de fongosités, qui furent soigneusement curettées.

Les parois osseuses étaient le siège d'une hyperostose considérable, qui s'accusait au niveau du massif du facial par une saillie épaisse séparant nettement l'attique de l'antre. Cette saillie fut insuffisamment réséquée et il en résulta de sérieuses difficultés pour les pansements ultérieurs, quand, un mois plus tard, ils furent exclusivement pratiqués par le conduit, la plaie rétro-auriculaire n'étant plus maintenue ouverte.

L'épidermisation de la brèche osseuse ne fut réalisée qu'après plus de huit mois de pansement. Il est bon d'ajouter que cette lenteur de la guérison doit être en partie attribuée à l'irrégularité qu'apporta le jeune homme à se rendre aux rendez-vous qui lui étaient proposés. Bien souvent il laissa s'écouler cinq et six jours entre deux pansements consécutifs, alors qu'il était indiqué de les renouveler tous les jours.

Obs. VIII. — Charles P..., seize ans. Ecoulement fétide de l'oreille droite datant de la première enfance. Perforation de Schrapnell. Fongosités dans l'attique. L'ablation du marteau et le curettage de la portion du foyer accessible par le conduit n'ayant pas amené le tarissement de la suppuration, l'ouverture large attico-mastoïdienne fut pratiquée. Certaines anomalies de conformation de l'os temporal occasionnèrent, au cours de l'opération, deux sérieuses complications : d'abord l'étage moyen du crâne descendant en dehors de l'antre fut ouvert par la gorge, puis le sinus latéral, situé très en avant, fut ouvert à son tour, et l'abondante hémorragie qui s'ensuivit nécessita le tamponnement de la plaie et la remise à huitaine du complément de l'opération.

L'attique et l'antre renfermaient des fongosités, mais point de lames nacrées.

Au bout d'un mois, la plaie rétro-auriculaire cessa d'être maintenue ouverte. Tous les jours ou tous les deux jours, la brèche osseuse était irriguée avec une solution boriquée par le conduit, puis tamponnée avec de la gaze iodoformée.

La complète épidermisation du foyer ne fut toutefois réalisée qu'après plus de sept mois de pensements très régulièrement pratiqués. La grande largeur du conduit auditif facilita, dans ce cas, la surveillance et les tamponnements du foyer.

Obs. IX (1). — Mlle B..., vingt-quatre ans. Depuis l'âge de six ans, écoulement purulent par l'oreille droite. Large perforation tympanique. Fongosités implantées dans l'attique. Fistule au niveau de la paroi postérieure du conduit osseux, donnant accès dans l'antre rempli de pus granuleux.

Ouverture large attico-mastoïdienne. La cavité de l'antre occupe la presque totalité de l'apophyse mastoïde et est tapissée de lames nacrées.

(1) Publiée in extenso dans *Archives de Laryngol. et d'Otol.*, n° 1, 1895.

Après curettage du foyer, deux lambeaux cutanés sont taillés en arrière de la plaie rétro-auriculaire et appliqués, l'un sur le bord supérieur, l'autre sur le bord inférieur de la brèche osseuse, de façon à créer un orifice permanent donnant un large accès dans la caverne osseuse.

Tamponnement iodoformé laissé en place huit jours. Au bout de ce temps, lambeaux trouvés bien appliqués. Tamponnements renouvelés tous les deux jours, puis tous les jours.

Au bout de trois mois, la plus grande partie du foyer est épidermisée. Pendant le mois suivant, j'eus à surveiller la région la plus profonde du foyer, où s'étaient accumulées insidieusement des lames épidermiques sous lesquelles je découvris une récidive de fongosités qui, à deux reprises, nécessitèrent l'emploi de la curette et du chlorure de zinc. A partir du cinquième mois après l'opération, la guérison paraît définitive.

Obs. X. — Mlle D..., trente-huit ans. Ecoulement fétide de l'oreille gauche depuis l'âge de trois ans. Perforation de Schrapnell. Fongosités venant de l'attique. Extraction du marteau. Curettages répétés de toutes les parties suspectes, accessibles par le conduit. Persistance de la suppuration, sous une forme atténuée. Les lavages pratiqués vers l'aditus, au moyen de la sonde de Hartmann, provoquent de temps en temps l'expulsion de masses nacrées. La malade voulant être débarrassée de ce reste de suppuration, je pratique l'ouverture attico-mastoïdienne. Le foyer est curetté, puis tamponné avec de la gaze iodolée par la plaie rétro-auriculaire, tandis que le conduit auditif est maintenu béant au moyen d'un fort tube de caoutchouc.

Au bout de trois semaines, ce tube est retiré et les pansements exécutés par le conduit; comme ce dernier est très large et que l'antre est peu étendu, on peut facilement, par le premier, inspecter et tamponner à fond toute l'étendue du foyer. Je me décide donc à laisser se refermer la plaie au bout de cinq semaines, et les tamponnements ultérieurs sont très régulièrement continués par le conduit. Epidermisation complète du foyer, cinq mois après l'opération.

Obs. XI. — D..., trente-huit ans, cultivateur. Ecoulement purulent fétide de l'oreille droite, dont l'origine remonte à l'enfance, compliqué, depuis peu, d'hémiplégie faciale et de douleurs violentes dans la profondeur de l'oreille et à la région mastoïdienne. Signes d'ostéite fongueuse attico-mastoïdienne : il existe une perforation tympanique rétro-martellaire, à travers laquelle une injection dirigée au

moyen d'une canule coudée sur l'aditus détermine l'expulsion de pus granuleux et fétide. Ouverture large attico-mastoïdienne. Curettage des abondantes fongosités accumulées dans cette région. L'antre étant peu étendu et le conduit auditif, au contraire, très large, le tamponnement du foyer n'est plus pratiqué, à partir du second pansement (neuvième jour après l'opération), que par le conduit. Dès le quinzième jour post-opératoire, la plaie rétro-auriculaire est complètement fermée.

Les soins consécutifs sont très régulièrement exécutés tous les jours ou tous les deux jours. Marche rapide du travail de réparation. Neuf semaines exactement après l'opération, la cavité osseuse se montre sèche et épidermisée.

Obs. XII. — Abel V..., cinq ans et demi. Otorrhée fétide remontant à six mois. Large destruction tympanique. Les lavages avec la canule de Hartmann établissent nettement que le pus provient de l'attique et vraisemblablement de l'antre. Après trois mois de diverses tentatives infructueuses, l'apparition de douleurs et de gonflement à la région mastoïdienne me décide à intervenir. Ouverture attico-mastoïdienne. L'antre, rempli de fongosités, occupait les deux tiers de l'apophyse. Création d'une ouverture permanente rétro-auriculaire avec deux lambeaux cutanés comme dans l'observation IX.

A la levée du premier pansement, je trouve les lambeaux cutanés bien adhérents à la brèche osseuse (neuf jours après l'opération).

Pansements ultérieurs renouvelés tous les jours, ou tous les deux jours. Au moment où je rédige cette note (six semaines après l'opération) la suppuration a considérablement diminué. Sa cessation complète et l'épidermisation du foyer paraissent devoir être réalisées dans un délai de quatre à six semaines.

Obs. XIII. — Charles R..., douze ans. Otorrhée abondante fétide droite remontant à quatre années. Large destruction tympanique. Origine attico-antrale du pus établie par les lavages avec la canule coudée. Abcès mastoïdien sous-périostique concomitant, sans communication avec l'antre.

Ouverture attico-mastoïdienne.

L'antre, rempli de fongosités et énormément agrandi par l'ostéite, s'étend jusqu'à la pointe de l'apophyse. Curettage. Etablissement d'une ouverture permanente rétro-auriculaire, mais cette fois avec un seul lambeau triangulaire à base postéro-inférieure.

Actuellement (cinq semaines après l'opération), la suppuration a

considérablement diminué, et le lambeau, bien adhérent à la paroi inférieure du foyer, est le point de départ d'un travail d'épidermisation gagnant les parties environnantes.

Obs. XIV. — Emile M..., quinze ans. Otorrhée droite fétide. Eczéma du conduit auditif provoqué par l'iodoforme. Au fond du conduit auditif rétréci on aperçoit seulement d'abondantes fongosités. Tentative de curettage par le conduit, sans résultat. Ouverture attico-mastoïdienne. Attique et antre trouvés remplis de fongosités. Curettage. Tamponnement avec gaze iodolée exclusivement par le conduit.

En raison des faibles dimensions de l'antre, je pense pouvoir opérer le drainage par cette seule voie. La plaie rétro-auriculaire est donc d'emblée suturée.

Plaie cicatrisée huit jours après l'opération. Malheureusement le conduit auditif est rétréci d'une façon inquiétante par le gonflement eczémateux.

Après une absence de quelques jours je trouve, à mon retour, l'état local encore moins satisfaisant : au fond du conduit atrésié j'aperçois des fongosités qui encombrent le foyer et en compromettent le drainage.

Tentative de curettage de ces fongosités après insensibilisation au moyen du bromure d'éthyle.

Cette intervention s'étant montrée inefficace, la plaie rétro-auriculaire est rétablie après chloroformisation, et le foyer osseux, agrandi et curetté à nouveau, est tamponné par cette voie.

DISCUSSION

M. Lubet-Barbon. — Dans les ouvertures larges de l'apophyse mastoïde c'est bien moins l'opération qui présente des difficultés que les soins consécutifs qui doivent être souvent longs et minutieux ; mais les résultats étant en général favorables, il ne faut pas hésiter à intervenir. Sur ce point je partage entièrement la manière de voir de mon collègue Luc.

Par contre, j'ai fait l'opération de Stacke, sans ouvrir l'antre, et dans deux cas le succès a été complet. Si par exemple les lésions sont anciennes, si l'écoulement remonte à plusieurs années, si la paroi mastoïdienne du conduit est saine, si le pus est peu abondant, s'il n'y a pas de douleur de tête, on peut penser que la lésion est limitée à l'attique, et dans ce cas l'opération de Stacke est suffisante.

M. Luc emploie de préférence la pince coupante. Je n'aime pas cet instrument, je me sers plutôt des gouges; en utilisant le protecteur de Stacke, je suis sûr de ne pas enlever d'éléments importants.

Doit-on fermer la plaie en arrière du pavillon ? Non certes si on a affaire à un choléstéatome, et alors j'ai l'habitude d'empêcher l'obturation en enserrant dans la cavité un lambeau triangulaire emprunté à la lèvre postérieure. Mais on peut à la rigueur faire tous les pansements par le conduit, si l'on a soin de détruire celui-ci, et de le faire communiquer par une ouverture large avec la cavité que l'on vient de créer.

M. Weissmann. — M. Luc s'est-il toujours rendu compte de l'état de l'aditus ad antrum après avoir pratiqué l'opération de Stacke ?

M. Luc. — Cela est bien difficile.

M. Moll. — J'ai adopté le procédé de Zaufal qui dispense de toute méthode plastique; j'enlève la partie postérieure et supérieure du conduit auditif externe. J'estime qu'il ne faut jamais fermer la plaie post-auriculaire immédiatement après l'opération, car il est important de surveiller la cavité produite, et de bien tamponner avec la gaze iodoformée. Cette gaze sera renouvelée au bout de huit jours, et il n'est pas rare de constater, après quelques pansements, l'épidermisation de la plaie, qui se ferme alors rapidement, parfois même trop vite.

M. Luc. — Je me contente d'insister à nouveau sur la nécessité de réséquer largement, de ne pas craindre les déformations post-opératoires de l'oreille et de son conduit.

DES ADÉNOIDITES

Par le Dr **HELME**

I

Il semblait jusqu'à ces derniers temps que tout avait été dit au point de vue clinique sur la question des végétations adénoïdes. De nombreux travaux d'ensemble, des monographies très complètes avaient eu pour résultat, non seulement de bien établir la symptomatologie de l'affection, mais encore de poser nettement et de préciser avec soin les indications opératoires. D'un autre côté, les innombrables observations

d'enfants améliorés, transformés en quelque sorte par l'opération, établissaient d'une façon irréfutable l'opportunité de l'ablation de l'amygdale pharyngée hypertrophiée. Il était donc permis de croire que, grâce aux méthodes actuellement suivies et vulgarisées par les travaux des rhinologistes, aucune objection ne s'élèverait désormais contre des interventions si profitables à la santé des petits malades.

Cependant on ne saurait nier qu'il se fait depuis quelque temps, en France tout au moins, une sorte de réaction contre le traitement chirurgical des végétations. Sans doute on ne dit pas que les spécialistes opèrent trop, ce serait vraiment une exagération que personne ne pourrait admettre, mais on cherche à faire prévaloir cette idée que, dans bien des cas, le traitement médical seul suffit à remédier aux désordres produits par l'hypertrophie du tissu adénoïde du cavum. Il est arrivé à des confrères exposant dans d'excellents travaux les résultats statistiques de leurs opérations d'avoir à entendre l'objection avec preuves à l'appui de petits malades guéris par la seule vertu des méthodes antiseptiques (irrigations nasales, etc.) rigoureusement appliquées. Cette tendance à recourir au traitement médical pour une affection qui ne paraissait relever que de la chirurgie s'est généralisée surtout depuis quelques mois; et l'on croit pouvoir affirmer déjà que dans bien des cas un traitement palliatif suffit bien souvent à l'exclusion de toute intervention avec la pince et la curette. De sorte qu'aujourd'hui on pourrait croire que, suivant le point de vue où l'on se place, il y a des végétations que l'on opère et qui guérissent sans doute, mais qu'il en est d'autres que l'on n'opère pas et qui finissent, sinon par disparaître, du moins par ne plus causer aucun trouble fonctionnel.

Nous pensons que dans ce débat tout le monde a raison et qu'il existe en effet une inflammation de l'amygdale pharyngée qui relève du traitement médical, comme l'amygdalite aiguë; mais il y a en outre l'inflammation survenant au niveau de la glande de Luschka hypertrophiée: dans ce dernier cas, la chirurgie seule peut conduire à des résultats

réellement efficaces. En d'autres termes, on ne tient pas assez compte de l'adénoïdite, que celle-ci survienne sur un tissu adénoïde presque normal ou que ce tissu soit déjà hypertrophié par des inflammations antérieures.

Le présent travail a seulement pour but de mettre en valeur ce côté de la pathologie du cavum. Nous savons amplement que les rhinologistes connaissent dans tous ses détails ce chapitre de nosologie. Nous avons voulu simplement, la question présentant un certain intérêt d'actualité, rappeler l'attention sur l'inflammation de l'amygdale pharyngée et faire cesser, si possible, une confusion dont les malades seraient les premiers à souffrir.

Nous disions que les adénoïdites étaient bien connues de tous, et, en effet, dans tous les mémoires de Lœwenberg, Châtellier, Luc, Raugé, Cartaz, Lubet-Barbon, Ruault, Bartoli, Chaunier, Coupard, Cheval, etc , nous trouvons des indications précieuses sur le sujet. Mais l'auteur qui nous a paru avoir insisté davantage sur ce point est M. Moure, qui, dans la thèse de son élève Rey d'abord, et plus tard dans la dernière édition de son *Manuel des Maladies du nez*, a donné de l'adénoïdite un bon travail d'ensemble.

Avant d'aller plus loin, nous devons expliquer à notre tour comment nous comprenons la question. C'est ainsi que nous établirons deux grandes divisions. Dans l'une, nous faisons rentrer l'inflammation aiguë d'une amygdale pharyngée jusque-là normale et donnant lieu presque subitement au complexus symptomatique des végétations adénoïdes, complexus augmenté, il est vrai, de symptômes généraux sur lesquels nous aurons à revenir. Cette amygdalite est passible du traitement médical. Tel enfant, par exemple, vivait en paix avec son amygdale à peine hypertrophiée; on institue un traitement antiseptique et tout peut rentrer dans l'ordre, soit définitivement, soit jusqu'à une nouvelle poussée. Il n'en va plus de même, bien souvent, dans la seconde division. Ici, des poussées successives d'adénoïdite ont amené l'hypertrophie, puis l'envahis-

sement scléreux du tissu conjonctif. Le processus aigu pourra s'amender et même disparaître, laissant derrière lui une amygdale qui causera des troubles variant avec chaque individu, et qui seront plus ou moins prononcés, cela est évident, suivant la plus ou moins grande capacité du cavum. Ce sera la végétation adénoïde proprement dite. Mais il est des cas où l'inflammation aiguë passera à l'état chronique; il s'établira au niveau du pharynx — qu'on me permette la comparaison — une véritable otorrhée, avec ses alternatives de mieux et de pire, et dont les conséquences seront sans doute moins redoutables ici que dans l'inflammation chronique de l'oreille, mais qui n'en pèsera pas moins lourdement sur la santé générale et souvent sur l'avenir de l'enfant.

II

Qu'il nous soit permis, en abordant le chapitre de l'étiologie de l'adénoïdite, d'examiner comment peut survenir l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx. Il nous suffira pour cela de tracer une esquisse rapide de la structure anatomique de la région pharyngée supérieure et de ses moyens de défense. Car c'est surtout lorsqu'on connaît le territoire en temps de paix que l'on peut mieux comprendre dans quelles conditions il passe à l'état de guerre.

Tapissée d'un épithélium à cils vibratiles, munie de nombreuses cellules de remplacement, la muqueuse du cavum est semée de corpuscules lymphoïdes, sorte de mosaïque qui s'étend sur toute la surface de la muqueuse, d'une trompe à l'autre, sur les côtés, et de la paroi postérieure au niveau du voile d'arrière en avant. Il s'agit là en vérité d'un véritable ganglion lymphatique étalé, et rappelant, comme le dit Luschka, les éléments lymphoïdes de l'intestin. Mais en certains points ces corpuscules, au lieu d'être isolés, se réunissent, et de cette agglomération résulte l'amygdale pharyngée proprement dite, située en haut de la voûte, au niveau de l'apophyse basilaire. Ce tissu adénoïde devient encore con-

fluent au milieu des fossettes de Rosenmüller et pénètre même dans les trompes pour constituer l'amygdale tubaire (*Tubenmandel* des Allemands). Tous ces corpuscules, chez l'enfant du moins, ne sont séparés que par de rares éléments conjonctifs. Ils sont, de plus, entourés d'une couche épaisse de glandes acineuses de volume variable et particulièrement nombreuses autour des orifices tubaires. Les lymphatiques constitués en plexus vont se jeter par étages : les supérieurs dans un ganglion situé entre le grand droit antérieur de la tête et une espèce de sillon ou de gouttière voisine de la base du crâne et de la paroi postérieure du pharynx ; les inférieurs dans trois ou cinq petits ganglions échelonnés au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde.

Ce court aperçu montre suffisamment les moyens de défense dont dispose le cavum, qui est sur la grande route des invasions, pour résister aux attaques qui le menacent. Nous verrons d'abord l'épithélium, avec ses flagella sans cesse occupés à écarter les envahisseurs. A côté des cils, les secondant, les glandes sécrètent leur mucus dont l'action est double. D'une part, elles diluent les toxines et enrobent les poussières (Claisse) ; d'autre part, elles atténuent et détruisent au besoin les germes qui ont pénétré ces régions (Würtz et Lermoyez). Enfin, plus profondément, placés comme des réserves, nous avons des corpuscules lymphoïdes qui constituent un troisième moyen de défense, le plus énergique peut-être, celui en tous cas qui n'entre en ligne qu'en dernier ressort, alors que les deux premières défenses ne sont plus suffisantes. Les globules blancs contenus dans ces corpuscules font en effet partie de ces éléments défensifs auxquels on a donné le nom de phagocytes. La phagocytose est trop connue pour que nous ayons à nous y arrêter.

Dans quelles conditions, les barrières physiologiques qui protègent la muqueuse du cavum étant rompues, l'infection se produira-t-elle ? Ici nous retrouvons toutes les causes prédisposantes signalées dans la pathologie générale de l'infection : c'est la débilité du sujet, mais plus encore c'est le mauvais état habituel de la muqueuse nasale. Tout le

monde sait, depuis Stœrck, que toutes les fois qu'il y a obstruction du nez, la muqueuse des fosses nasales subit la dégénérescence. Il se produit alors de la rhinite chronique. Vienne un refroidissement, la virulence des germes sera exaltée : il est aisé de comprendre dès lors que l'inoculation se fera de proche en proche. Le muco-pus, au moment du décubitus dorsal, tombant dans le cavum, il en résultera d'abord une irritation ou, si l'on veut, à un moindre degré, une macération de l'épithélium tapissant la voûte. Il se produira consécutivement des ulcérations de la muqueuse (Mégevaud) et l'infection n'aura aucune peine à s'établir. Donc, le refroidissement amenant un coryza pourra donner lieu à l'adénoïdite. Dans d'autres cas, celle-ci reconnaîtra pour causes les grands processus infectieux : scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde. Nous nous trouverons ici en présence du processus commun à toutes les infections secondaires. Les phagocytes, occupés à repousser l'attaque principale ou fatigués par une lutte prolongée à la fin d'une maladie, ne suffisent plus complètement à leur tâche. Il en résulte que certains points, parmi lesquels le cavum pharyngé, sont plus particulièrement exposés, par le fait même de leur situation, à subir les périls d'une invasion.

Donc, comme cause des adénoïdites, nous signalerons le coryza, que nous retrouvons dans nombre de nos observations; nous citerons encore les divers processus infectieux. De même l'adénoïdite pourra résulter de l'extension de l'inflammation de l'amygdale palatine ou l'amygdale pharyngée. On doit encore, dans le même ordre d'idées, noter dans ce chapitre étiologique les processus inflammatoires, qu'ils siègent dans la bouche ou dans le nez. On a même cru pouvoir attribuer à l'adénoïdite certaines fièvres mises sur le compte de la dentition. Nous avons pu nous-même (Obs. I) observer un cas dans lequel les accidents inflammatoires eurent pour point de départ une éruption dentaire.

Faut-il parler également du traumatisme, les accidents survenant ici, à la suite d'un toucher rhino-pharyngien pratiqué trop vigoureusement ou avec un doigt insuffisam-

ment aseptisé? Enfin, joignons à tout cela la suppression ou tout au moins la difficulté d'écoulement des différents mucus bactéricides, et nous en avons fini avec l'étiologie. Nous laissons de côté la question des germes. N'ayant pas fait de recherches personnelles, nous ne pouvons que nous reporter aux travaux publiés sur le sujet. Il n'y a pas là de microbes spécifiques.

III

Nous arrivons maintenant aux symptômes de l'affection. Les observations sur lesquelles est basée notre étude sont au nombre de 28. Nous n'en avons cité que 12 pour éviter les longueurs. On les trouvera à la fin de notre travail. Elles proviennent, soit de notre pratique, soit de notre clinique. Qu'il nous soit permis de remercier ici M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, qui a bien voulu nous aider de ses précieux conseils pour mener à bien notre étude.

Le premier effet du travail inflammatoire est d'amener rapidement (Moure) soit la production des troubles attribués aux végétations adénoïdes, soit leur exagération lorsqu'ils existaient déjà antérieurement. Dans le premier cas, à la suite du traitement approprié, on pourra assister à la cessation de tous désordres fonctionnels, et l'on se trouvera ainsi en présence de cet état que M. Lermoyez désigne sous le nom de pseudo-syndrome inflammatoire des végétations adénoïdes, Dans le second, l'inflammation se greffe sur une amygdale déjà hypertrophiée. Ainsi, tel enfant qui dort la bouche fermée, qui respire relativement bien par le nez, présentera du jour au lendemain le tableau classique de l'hypertrophie adénoïde la plus accentuée. Tel autre, qui ronflait un peu la nuit, sera pris d'accès de stridulisme, de bourdonnement, de surdité. Il aura de la bave, etc.

Nous devons parler maintenant de la tuméfaction douloureuse des ganglions angulo-maxillaires. La plupart du temps, ceux-ci sont hypertrophiés chez les adénoïdiens, et cela n'a rien de bien particulier si l'on songe à quel point le système

lymphatique est délicat chez l'enfant. Mais il y a quelque chose de plus dans l'adénoïdite où les ganglions tuméfiés sont douloureux au toucher. Cette question de la propagation de l'infection aux ganglions offre surtout de l'intérêt depuis que Pfeiffer a mis en relief une espèce morbide qu'il décrit sous le nom de fièvre ganglionnaire On a beaucoup discuté sur ce sujet. Comby, Moussous et Desplats ont repris les études de l'auteur allemand. Il y aurait lieu de se demander si cette affection ne serait pas simplement une des manifestations de l'adénoïdite. Dans les observations que l'on a publiées, il est souvent question de catarrhe rhino-pharyngien. Au mot près, cela ressemble assez à ce dont nous nous occupons ici. Voici, d'ailleurs, ce que dit Comby à ce propos : « La fièvre ganglionnaire n'est qu'une inflammation fébrile des ganglions angulo-maxillaires. Cette adénopathie, observée surtout dans la première enfance, semble être sous la dépendance de manifestations angineuses légères. Son siège seul l'indique (1). »

Il nous paraît donc qu'en observant systématiquement au point de vue de l'adénoïdite les malades atteints de fièvre ganglionnaire, on pourrait peut-être arriver à incriminer l'inflammation de l'amygdale pharyngée; mais ce n'est là qu'une hypothèse. Nous avouons du reste n'avoir jamais rencontré un fait de ce genre.

L'adénoïdite aiguë s'accompagne de fièvre. Suivant Rey, la température pourrait s'élever jusqu'à 39° et même 40°. C'est la température commune dans les amygdalites. Il est donc logique de l'admettre ici. Nous n'avons cependant jamais observé de phénomènes fébriles aussi intenses.

A l'examen, ce qui frappera c'est la rougeur diffuse du pharynx, rougeur masquée par le pus qui descend du cavum et tapisse la muqueuse.

Purulente dans certains cas, muco-purulente dans d'autres, la sécrétion est quelquefois à peine teintée, cela surtout au moment du déclin des phénomènes aigus. Nous avons

(1) *Médecine infantile*, 15 janvier 1894.

observé aussi une hypertrophie presque constante des amygdales palatines, et cela n'a rien de surprenant pour qui connaît les relations intimes qui réunissent l'un à l'autre les divers éléments constitutifs de l'anneau de Valdeyer.

La marche de la maladie est, comme l'a dit M. Moure, celle des inflammations aiguës en général. « La fièvre éphémère n'existe habituellement que tout à fait au début, et la période d'état, sauf complications, ne dure guère au delà de deux ou trois jours. » Après ce laps de temps, tout rentre dans l'ordre ou l'affection passe à l'état chronique; ce qui s'explique de soi, si l'on songe aux multiples œufs oduosiles dont l'amygdale est devenue le siège sous l'influence de l'hypertrophie, anfractuosité si difficile à désinfecter. Dans ce cas, la symptomatologie est différente. Elle se caractérise alors par un hemmage fréquent, par les efforts que fait l'enfant pour débarrasser son arrière-gorge des mucosités qui l'encombrent. Il se produit aussi de la céphalalgie, phénomène, d'ailleurs, commun dans l'adénoïdite aiguë. Cette céphalalgie, sur laquelle le professeur Vergely (de Bordeaux) a attiré plus particulièrement l'attention, serait due, suivant Luschka, à l'irritation du nerf de Bœck. Ce nerf, émané du maxillaire supérieur deuxième branche du trijumeau, peut devenir dans les pharyngites chroniques, dit l'auteur allemand, le siège de douleurs névralgiques que les malades localisent dans la profondeur du crâne.

Il peut arriver encore que certains malades exhalent une odeur rappelant de très loin, dit Moure, celle de l'ozène. C'est plutôt, ajoute cet auteur, une exhalaison un peu forte, fade, plutôt que réellement fétide. Lubet-Barbon (communication orale) nous a dit avoir observé plusieurs cas.

A l'examen, on trouvera dans le cavum du muco-pus plus ou moins abondant, plus ou moins louche, suivant que les phénomènes aigus seront de date récente ou non.

IV

Nous aurions voulu, et nous avons tenté de le faire, mettre en rapport les phénomènes cliniques avec les résul-

tats fournis par l'anatomie pathologique. Envisageant le tissu adénoïde du pharynx comme un véritable organe hématopoiétique, Michel Dansac avait divisé les végétations en scrofuleuses, lymphadéniques et syphilitiques. Il eût été intéressant dès lors de suivre les manifestations du processus inflammatoire sur ces divers terrains. Mais nous avons dû renoncer à notre projet, les questions que cette étude soulève étant trop complexes et encore trop obscures.

V

Il nous reste à voir maintenant quels sont les troubles produits à distance par l'affection qui nous occupe. Nous avons comparé l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx à l'inflammation des amygdales palatines, à l'amygdalite. Mais il y a entre ces deux organes, tissu adénoïde du cavum et amygdales, une différence capitale. Tandis que ces dernières sont enveloppées d'une coque relativement dense et épaisse qui peut limiter l'infection à la loge amygdalienne, il n'en est plus de même dans l'amygdale pharyngée, dont tous les éléments communiquent entre eux presque sans interposition du tissu cellulaire. Tous les éléments lymphatiques du rhino-pharynx et même de la trompe, comme on l'a vu, sont donc, chez l'enfant tout au moins, sous la dépendance les uns des autres. Et il est aisé de prévoir par suite avec quelle facilité l'infection pourra dans certains cas se propager aux oreilles. Je n'apprendrai rien à personne en signalant les otalgies, les obstructions tubaires et même les otites qui surviennent sous la moindre poussée d'adénoïdite. Ces otites ont parfois pour caractère d'être peu douloureuses et de courte durée. Sans que l'on puisse nettement établir la cause de ce fait, on pourrait se demander s'il n'est pas dû à l'atténuation des germes qui sont depuis longtemps les hôtes des muqueuses. D'autres fois, l'otite aiguë éclate avec tous ses symptômes. Ils sont trop connus pour que j'y insiste. En tout cas, ce qui est certain, c'est que l'otite est une complication fréquente de l'inflammation des végétations adénoïdes hypertrophiées ou

non. Nous n'entrerons à ce propos dans aucun détail de statistique, celle-ci variant selon les divers auteurs dans des proportions telles qu'il est bien difficile d'arriver à une moyenne précise.

Mais un enfant n'a pas impunément un muco-pus au niveau du cavum, c'est-à-dire à la partie supérieure des voies respiratoires et digestives. Obéissant aux lois de la pesanteur, les germes et les toxines pourront arriver jusqu'au larynx et même jusqu'aux bronches (Obs. XI-XII). Ils produiront dans le premier cas de la laryngite, et dans le second de la bronchite. A la vérité, le système respiratoire supérieur, richement armé contre l'infection toujours imminente, oppose une résistance chronique à un danger permanent (Claisse). Mais il faut considérer ici que l'obstruction nasale prive les adénoïdiens du filtre par excellence constitué par les anfractuosités des cavités nasales. C'est donc un air impur et contaminé qu'ils respireront. Cet air, chargé de poussières plus ou moins irritantes, pourra souvent contribuer à l'ulcération de l'épithélium bronchique, et lorsque le muco-pus descendra du cavum, il trouvera par suite dans les bronches un terrain éminemment propice aux infections. Le fait a été noté, je dois le dire, par tous les auteurs. Ce n'est pas tout encore: Les muqueuses sont douées d'un pouvoir d'absorption notable, et les enfants, s'ils possèdent un réflexe expulsif, du moins ne crachent pas. Il suit de là que, consécutivement à l'absorption des toxines ou à leur déglutition, on verra se produire soit de véritables phénomènes d'intoxication, soit des troubles gastro-intestinaux. Ceci nous explique la teinte jaune paille des téguments tranchant sur la blancheur des conjonctives anémiées, et cet aspect cachectique de certains enfants qui semblent, pour ainsi dire, revenir à la vie dès qu'on a supprimé les causes de l'empoisonnement.

VI

Le diagnostic de l'adénoïdite est ordinairement facile. Toutes les fois que l'on trouvera de l'engorgement douloureux

des ganglions, de la fièvre, et l'exagération des symptômes des végétations, le tout coïncidant avec la présence du pus dans le cavum, on peut être sûr qu'il s'agit de l'adénoïdite aiguë. Nous n'insistons pas d'ailleurs sur ce paragraphe, notre but n'étant pas d'apprendre à nos confrères une question qu'ils connaissent déjà, mais seulement de faire ressortir quelques points de l'étude des adénoïdites.

Quant au pronostic, éminemment variable suivant le terrain, suivant les sujets, il dépendra également de la virulence des germes, causes de l'infection. En réalité, il est plutôt sérieux, l'adénoïdite amenant parfois des troubles dont les conséquences peuvent être graves.

Est-ce à l'adénoïdite qu'il faut attribuer ces accidents réflexes apparaissant par intervalles et sous l'influence du moindre froid, ces angines striduleuses, ces quintes de toux coqueluchoïde et même les incontinences d'urine si fréquemment observées par Lockart et survenant chez les adénoïdiens à la moindre poussée inflammatoire ? Cela est possible. C'est au niveau des végétations qu'aboutissent les terminaisons de ce vaste plexus pharyngien, constitué d'une part par le spinal, le pneumo-gastrique et le glosso-pharyngien, en rapport de l'autre avec les filets du grand sympathique, qui longent l'artère carotide interne et tiennent sous leur dépendance toute l'irrigation vasculaire de la région céphalique antérieure et de la base de l'encéphale. Quoi qu'il en soit, nos observations ne signalent aucun des réflexes rapportés un peu partout par les auteurs.

VII

Quel sera le traitement de l'adénoïdite ? Avant de le décrire, nous devons établir nettement cette règle absolue, déjà posée par Rey, à savoir qu'il ne faut jamais toucher à des végétations adénoïdes enflammées. Pour le reste, en ce qui a trait aux phénomènes aigus, il sera en tout pareil à celui de l'amygdalite aiguë buccale, c'est-à-dire que, d'une part, on emploiera les moyens diététiques, le repos au lit ou à la chambre ; on prescrira la diète, ou seulement une

alimentation restreinte. Chez les jeunes enfants, on se trouvera bien d'user d'une purgation légère. Chez ceux qui peuvent absorber des cachets, on pourra tenter la désinfection du tube digestif au moyen du benzo-naphtol, en même temps qu'on prescrira le chlorhydrate de quinine (5 centigrammes pour chaque année de l'enfant). Quant au traitement local, comme on ne peut agir directement sur le cavum, on y arrivera par la voie nasale et on se servira des lavages avec cette double restriction que : 1° les lavages devront être faits d'une façon extrêmement douce, constituant plutôt un bain de nez qu'un lavage proprement dit; et 2° on devra s'assurer, avant de les prescrire, que l'entourage du malade est suffisamment intelligent pour exécuter à la lettre les ordres du médecin. Dans l'intervalle des lavages, on fera introduire dans chaque narine de la pommade iodolée ou dermatolée sans menthol. On pourra aussi essayer quelques attouchements du pharynx avec la glycérine résorcinée.

Au point de vue des règles de l'hygiène, il sera bon d'ordonner l'isolement de l'enfant. On le séparera surtout de ses frères et sœurs, ceux-ci ayant également souvent des végétations adénoïdes.

L'otite étant toujours fonction d'adénoïdite, on redoublera de précautions si l'enfant a déjà eu des otorrhées. Dans les formes moins aiguës et qui se règlent dans un espace de temps beaucoup plus long, alors que l'enfant est simplement mal en train et présente une suppuration torpide du pharynx, on aura recours aux eaux sulfureuses ou aux insufflations de poudre d'aristol, soit :

Poudre d'aristol } ãã 5 grammes.
Sucre de lait }

Pulvériser, passer au tamis n° 10, en insufflations trois à quatre fois par jour.

Quand l'enfant reviendra, ayant bien suivi son traitement, deux choses pourront avoir lieu : 1° le malade avait de l'adénoïdite primitive simple, essentielle, et il sera

complètement guéri; ceci nous explique, disons-le une fois de plus, le triomphe du traitement médical contre les végétations. Cela nous démontre encore les succès de l'air marin (Verneuil, Castex), qui agit d'une façon si remarquable sur l'adénoïdite chronique chez les sujets strumeux (cas de M. Lermoyez; enfants adénoïdiens respirent bien par le nez seulement lorsqu'ils sont au bord de la mer); — 2° dans les cas les plus fréquents, il s'agit d'adénoïdite secondaire greffée sur des végétations. Ici le traitement améliore, mais il ne guérit pas. Notre devoir est alors de faire comprendre aux parents et aux médecins que ce n'est là qu'une trêve et non la paix définitive comme tout à l'heure. On insistera sur ce fait qu'à la moindre attaque nouvelle de froid, les phénomènes inflammatoires se reproduiront. Or, chacune de ces poussées est un danger constant pour l'oreille. Elles constituent en outre une prédisposition indéniable à la diphtérie. Par conséquent, il faudra intervenir. Ne sait-on pas par analogie, et ici elle est plus qu'évidente, que l'intervention chirurgicale seule permet de réduire les amygdales palatines hypertrophiées? Et il n'y a pas en chirurgie deux catégories d'indications opératoires. Il faudra donc opérer, et rapidement, quelle que soit la structure anatomique de la végétation.

En résumé, que celle-ci soit tuberculeuse ou non, le dernier mot devra rester à la pince ou à la curette.

Observation I. — *Végétations adénoïdes et adénoïdite.* — P. S..., onze mois, 17, rue Rollin. Date d'entrée à la clinique, 16 mai 1894. Numéro du registre : 501. Enfant bien constitué. Depuis la naissance bonne santé, mais coryzas très fréquents. N'a jamais eu de difficulté pour teter (nourri au sein par sa mère).

Le début des accidents remonte à un mois et a coïncidé avec le début de l'éruption dentaire. Les deux incisives inférieures ont complètement poussé; les autres sont en voie de développement. L'enfant a maigri depuis un mois, il respire mal par le nez, il ronfle beaucoup la nuit, dort la bouche ouverte. Un peu de dyspepsie intestinale. Les téguments ont une teinte paille très nette. Extérieurement, pas d'écoulement nasal, pas de traces d'impétigo, ni du vestibule, ni de la lèvre supérieure. Dans le nez, pas de muco-pus. Muqueuse des

cornets, rose, peu tuméfiée. Pharynx très rouge. Un peu d'œdème de la luette et des piliers. Au toucher, on constate des végétations adénoïdes extrêmement abondantes et dures. Muco-pus abondant dans le cavum ; ganglions angulo-maxillaires très gros et douloureux, ayant, notamment à droite, le volume d'une noisette.

Il s'agit là de végétations bien tolérées tout d'abord, mais qui ont grossi sous l'influence d'une poussée d'adénoïdite en rapport avec l'éruption dentaire et ont donné lieu à des accidents d'obstruction nasale très marquée.

L'enfant sera opéré par séances successives à partir du 24 mai. D'ici là désinfection du nez et de la gorge. Nez : vaseline iodolée. Larynx : glycérine salolée au 1/40.

28 mai. — L'enfant a eu un peu de bronchite et l'on n'a pu l'amener à la consultation qu'aujourd'hui. Plus de ronflements la nuit ; dort encore la bouche ouverte. Figure pleine, teint normal. Le petit malade tette mieux qu'au début des accidents. On sent même encore un ganglion angulo-maxillaire un peu gros et très mobile du côté droit. Rien aux amygdales. Continuation du traitement.

10 juin. — L'enfant va bien. On le ramènera mercredi prochain, pour voir si l'on peut l'opérer de ses végétations le lendemain.

14 juin. — Enlevé à la pince cinq ou six petites végétations adénoïdes sans bromure d'éthyle. On a donné trois coups de pince. Traitement consécutif : pommade boriquée dans le nez.

18 juin. — L'enfant n'a pas souffert à la suite de l'opération. Aucune réaction. Au bout de deux heures, prenait le sein sans difficulté. La gorge est en bon état. Depuis l'opération, l'enfant ne ronfle plus et dort la bouche bien fermée.

Obs. II. — *Adénoïdite. Pseudo-syndrome de végétations.* — Gaston V..., six ans et demi, 42, avenue de Neuilly. Entré à la clinique le 9 mars 1894. Numéro du registre : 233. Se plaint de mal respirer par le nez, et, au dire du père, aurait un peu de dureté de l'ouïe. Pas de maladie infectieuse antérieure, mais très délicat de la gorge. Chaque fois qu'il prend froid, crache des mucosités jaunâtres et se met à tousser. A ce moment, dort constamment la bouche ouverte. Vendredi dernier, est revenu de l'école ayant le cou légèrement enflé et douloureux. Le médecin, n'ayant rien trouvé du côté des amygdales, nous a adressé le petit malade.

L'enfant est grand pour son âge. Il n'a pas le facies adénoïdien, maintient bien sa bouche fermée. Gros ganglions angulo-maxillaires des deux côtés. Ganglions sus-hyoïdiens un peu mous, peu douloureux.

Audition à la montre : O. G. plus d'un mètre. O. D. idem. Audition bonne.

Examen. — Nez : A droite, muco-pus sur le plancher, muqueuse un peu rouge, cornet inférieur hypertrophié. Narine gauche obstruée par des croûtes muco-purulentes. — Bouche : Amygdales palatines assez volumineuses, légèrement pédiculées et laissant entre elles un espace suffisant. Nappe de muco-pus jaunâtre descendant du cavum.

O. D. : Membrane très enfoncée. Amincissement au niveau du cadran antéro-inférieur simulant une cicatrice. Le père affirme néanmoins que l'oreille n'a jamais coulé. O. G. : Membrane opaque très enfoncée.

En présence des troubles ci-dessus décrits, muco-pus, ganglions douloureux et le léger état inflammatoire pour lequel l'enfant nous a été conduit, le toucher du rhino-pharynx a été remis à plus tard. Insufflations de poudre d'aristol faites séance tenante dans une narine ; sort très bien de l'autre côté.

12 mars. — Etat stationnaire. Le malade reviendra vendredi.

14 mars. — Ronfle moins la nuit, mais se plaint toujours d'une sensation de brûlure dans la gorge.

19 mars. — Toujours du muco-pus. On prescrit une pulvérisation d'eau sulfureuse.

21 mars. — Amélioration, moins de muco-pus.

13 avril. — Les pulvérisations d'eau sulfureuse sont faites tous les deux jours. Insufflations de poudre d'aristol et de sucre de lait quatre fois par jour. Sous l'influence du traitement, l'adénoïdite a diminué. On n'observe, dans le cavum, au lieu de pus, que du mucus légèrement louche. Ne respire plus la bouche ouverte et ne ronfle plus la nuit.

Le toucher pratiqué pour la première fois montre que le cavum est absolument libre. Pas d'hypertrophie de la queue des cornets. Aucune végétation au niveau des trompes. Il y a seulement un état mollasse de la partie postéro-supérieure du cavum donnant l'impression d'une muqueuse qui aurait tout au plus deux ou trois millimètres d'épaisseur. Cette région saigne très facilement.

Examen du nez. — Muqueuse rouge. Cornets inférieurs un peu tuméfiés, mais n'obstruant pas la narine. Filaments de mucus presque transparents. Continuation du traitement, auquel on ajoute un peu de sirop antiscorbutique.

7 mai. — L'enfant a suivi bien exactement le traitement ci-dessus. Il n'y a plus de muco-pus dans le pharynx. Il reste un peu d'hypertrophie des amygdales palatines, mais rien du côté du tissu adénoïde de la voûte. L'enfant ne ronfle plus, ne dort plus la bouche ouverte. En résumé, il va aussi bien que possible.

17 août. — L'enfant continue à aller très bien. Bouche close. Ne ronfle plus la nuit. Cependant, de temps à autre, un peu d'obstruction nasale. Localement, même intégrité du cavum que le 7 mai. Pas du tout de muco-pus. Etat général excellent.

Obs. III. — *Adénoïdite. Pseudo-syndrome de végétations.* — Henri M..., six ans et demi, 30, rue Eugène-Sue. Entré à la clinique le 2 avril 1894. Numéro du registre : 318. Enfant ronflant la nuit, dormant la bouche ouverte. Cauchemars, terreurs nocturnes. A pris froid, il y a deux ou trois mois. Depuis ce temps, a eu d'abord du coryza, de la fièvre, puis sont survenus les troubles accusés ci-dessus. Ouïe bonne. Enfant peu développé pour son âge.

Examen. — Amygdales légèrement hypertrophiées. Muco-pus abondant tombant du cavum. Gros ganglions angulo-maxillaires un peu douloureux. Traitement : poudre d'aristol en insufflations; pulvérisations d'eau sulfureuse.

11 avril. — Plus de muco-pus. Ronfle moins. Continuation du traitement.

7 mai. — L'enfant va absolument bien. On pratique la rhinoscopie postérieure, et l'on constate un léger bourrelet adénoïdien.

Obs. IV. — *Opération de végétations adénoïdes. Réapparition des troubles faisant croire à une récidive.* — Léon B..., six ans, rue Jean-Lantier, 15. Entré à la clinique le 4 mars 1894. Numéro du registre : 1253. Enfant opéré en province au mois d'août dernier. Violente hémorragie, par le fait de laquelle, nous dit la mère, l'opération a été incomplète. Amélioration notable après l'opération : notamment les bronchites à répétition n'ont plus été observées. Depuis quelque temps, à la suite d'un refroidissement, les symptômes d'obstruction nasale antérieurs à l'opération ont reparu, et c'est ce qui a décidé la mère à faire le voyage de Paris.

Examen difficile. Enfant très rebelle. Amygdales légèrement hypertrophiées, creusées de cryptes.

Nez : Au dessous des narines, sur la lèvre supérieure, un peu d'irritation due à l'écoulement. Nez rempli de muco-pus. Hypertrophie des cornets inférieurs, surtout du côté gauche.

Toucher rhino-pharyngien. Choanes libres. Pas de végétations obstruant les trompes. Amygdale pharyngée un peu épaissie. Muco-pus assez abondant dans le cavum. Pas de ganglions.

On prescrit de la poudre d'aristol dans la journée et de la pommade mentholée le soir.

8 mars. — Légère amélioration. Continuation du traitement. L'enfant reviendra dans un mois. N'est pas revenu.

Obs. V. — *Adénoïdite simulant une récidive de végétations adénoïdes après ablation.* — U..., quinze ans, 61, rue Balagny. Entré à la clinique le 13 avril 1894. Numéro du registre : 364. Il s'agit d'un malade opéré il y a un an de végétations adénoïdes et qui, depuis trois mois, à la suite d'un refroidissement, a vu récidiver les troubles pour lesquels il avait été opéré : ronflements, obstruction nasale, etc. Ce malade avait du muco-pus dans le cavum, des accès de fièvre intermittents et des douleurs vives au niveau des deux oreilles. On a prescrit le traitement habituel : insufflations de poudre d'aristol, pommade, pulvérisations d'eau sulfureuse. On y a joint par la suite des badigeonnages de glycérine iodée. Au bout d'un mois environ (8 mai), l'état s'était considérablement amélioré, et le malade put quitter la clinique sans avoir eu à subir une nouvelle intervention.

Obs. VI. — *Adénoïdite ayant provoqué des troubles digestifs et un véritable arrêt de développement.* — M..., treize ans, 12, rue de la Mare. Numéro du registre : 454. Entré à la clinique le 9 mai 1894. L'enfant se plaint de ne pas respirer par le nez et de dormir la bouche ouverte. Léger degré de surdité. Il y a trois ans, fièvre muqueuse, pendant laquelle les deux oreilles ont coulé. L'écoulement a duré trois ou quatre jours et n'a pas reparu. Depuis ce temps, l'ouïe n'a jamais été très bonne. Depuis un an, l'enfant respire difficilement par le nez, ronfle la nuit, a constamment la bouche ouverte.

Au point de vue de l'état général, minus habens. Petit, peu développé; paraît avoir au dessous de dix ans. Ganglions sous-maxillaires nombreux et volumineux. Chaîne récurrentielle hypertrophiée et léger degré d'adénopathie trachéo-bronchique. Pas de ganglions cervico-supérieurs ni de ganglions de la nuque. Dents mal plantées, chevauchant l'une sur l'autre, crénelées. Bosse frontale légèrement saillante. Saillie du sternum, abdomen volumineux avec un peu de dilatation veineuse. On constate un certain degré d'hypertrophie de la rate.

Testicule droit resté dans l'anneau, d'où il peut être repoussé par la pression dans le scrotum. Il en est de même du testicule gauche, qui, lui, reste normalement dans le scrotum. On ne sent au niveau de l'anneau inguinal aucune pointe de hernie. Ganglions superficiels de l'aine tuméfiés et indolores. Incurvation des jambes en dedans. Saillie des apophyses épineuses à partir de la neuvième ou dixième dorsale. Au niveau de l'articulation des trois pièces coccygiennes

avec le sacrum, la dernière pièce de cet os fait une saillie en arrière et le coccyx est légèrement mobile d'arrière en avant sous la poussée d'une faible pression. Il ne paraît y avoir ni sub-luxation, ni autre déformation osseuse. Le système osseux est bien développé. Hypertrophie des extrémités humérales et digitales.

Pâleur des conjonctives. Teint jaunâtre, contrastant avec la coloration des lèvres et présentant un aspect analogue à celui qu'on observe dans les cachexies. Troubles digestifs fréquents. Anorexie. De temps à autre, diarrhée.

Pharynx : Amygdales peu volumineuses, irrégulières, très enchatonnées. Granulations en chaîne, de couleur rosée, situées en arrière du pilier postérieur, semblables à ce que l'on observe dans la pharyngite latérale de l'adulte.

Nez : Narine droite, un peu de muco-pus, cornets peu développés, muqueuses rouges.

Oreilles : Bouchons cérumineux.

A la rhinoscopie postérieure, on constate que le cavum est rempli de muco-pus, lequel descend jusque dans le pharynx. Il est légèrement louche, grisâtre, et ressemble à la sécrétion de la pharyngite granuleuse.

Étant donnés la gorge rouge, les ganglions et le muco-pus remplissant le cavum, on porte le diagnostic d'adénoïdite et l'on prescrit des insufflations d'aristol et de sucre de lait.

15 juin. — L'enfant, qui avait été amélioré par le traitement, a été brusquement pris, à la suite d'un refroidissement, de fièvre qui a duré jusqu'à hier jeudi. Le médecin a attribué ces accidents à une affection de la gorge et il a prescrit un gargarisme et une purgation. On constate du muco-pus très abondant, les ganglions angulo-maxillaires sont douloureux au toucher, la gorge est rouge. On prescrit des lavages avec de l'eau bouillie. Continuation de l'autre partie du traitement.

2 juillet. — L'enfant va mieux. Moins de muco-pus. On peut faire la rhinoscopie postérieure. Petites végétations mollasses n'obstruant ni les trompes ni les choanes.

11 juillet. — L'enfant est très bien ; ne reviendra que dans deux mois.

18 septembre. — Le malade s'est un peu développé, a eu une ou deux récidives d'adénoïdite, mais à l'heure actuelle paraît en voie de guérison complète. A revoir dans six mois.

Obs. VII. — *Adénoïdite. Réchauffement d'une otite chronique.* — A..., quatorze ans, 10, rue Saint-Augustin, employé de commerce. Entré à la clinique le 20 juin 1894. Numéro du registre : 602. Il s'agit d'un malade qui avait eu dans son enfance des végétations adénoïdes.

Ces végétations avaient subi le processus de régression, et peu à peu les troubles fonctionnels qu'elles occasionnaient avaient disparu. Les otites à répétition, qui étaient assez fréquentes, n'avaient plus réapparu. Mais depuis quelques jours a ronflé la nuit, dort la bouche ouverte; un peu de fièvre. Muco-pus louche dans l'arrière-gorge, amygdales un peu volumineuses, fibreuses, percées de cryptes.

Je passe les détails de l'observation qui ont trait à l'oreille : ils ne sont autres que ceux de l'otite; la montre est cependant perçue au contact appuyé. Le cavum est rempli de muco-pus; ganglions angulo-maxillaires. Hypertrophie du tissu adénoïde, qui apparaît comme un bourrelet rouge, enflammé.

Traitement. — Lavage du nez, insufflations de poudre d'aristol, pulvérisations d'eau sulfureuse.

Le traitement se continue pendant un mois environ. Au bout de ce temps, on note une sensible amélioration. La montre est perçue à 20 centimètres. Comme il y a au niveau de la fosse nasale gauche une crête vomérienne obstruant la narine et amenant de l'irritation de la muqueuse, on enlève cette crête à la scie (6 août). Pas d'incident opératoire. Depuis lors, amélioration notable, et le malade sort guéri de la clinique.

Obs. VIII. — *Adénoïdite consécutive à un coryza chez un adénoïdien.* — René V... trois ans et demi, 45, rue Saint-Denis. Entré à la clinique le 18 février 1895. Numéro du registre : 1213. La mère se plaint de ce que son enfant ronfle la nuit, qu'il dort la bouche ouverte, mange lentement, bave abondamment.

Examen. — Pharynx un peu rouge, amygdales normales, muco-pus tapissant la paroi postérieure du pharynx, narines tapissées de croûtes. Tuméfaction des deux cornets inférieurs; muco-pus remplissant les fosses nasales. La mère raconte que les accidents ont débuté par le nez, qui a beaucoup coulé. L'enfant aurait eu à ce moment de la bronchite.

On fait l'antisepsie nasale, et l'on pratiquera le toucher mercredi.

21 février. — Toucher rhino-pharyngien. Végétations adénoïdes moyennement abondantes, opérées le 23 février.

1er mars. — L'enfant va mieux; sort guéri de la clinique le 10 mars.

Obs. IX. — *Hypertrophie de l'amygdale pharyngée et des deux amygdales. Pharyngite sèche consécutive.* — Andrée B..., quatorze ans, 33, rue des Archives. Numéro du registre : 550. Envoyée à la

clinique par le Dr Letulle. Observation due à l'obligeance de M. le Dr Lermoyez.

Cette jeune fille a consulté le Dr Letulle pour anémie, lymphatisme, chorée, etc.

Depuis très longtemps, mouche beaucoup, salit plusieurs mouchoirs par jour (muco-pus); a constamment la sensation de nez bouché.

Très léger eczéma à l'entrée des narines, etc. Diminution de la sensibilité olfactive; certaines odeurs fines sont perçues; d'autres, plus fortes, ne le sont pas.

Début de la menstruation il y a deux mois.

Dort la bouche ouverte et ronfle la nuit.

Extérieurement, un peu d'empâtement du lobule et des ailes du nez. Nez plutôt petit, sans malformation, pas large à sa base.

Narine droite : Rougeur vive (la malade vient de subir un lavage du nez il y a trois heures). Pas de trace de muco-pus ni croûtes dans cette narine.

Pharynx : Les amygdales ont été coupées il y a deux mois; elles étaient énormes. Il reste encore un léger moignon de l'amygdale droite. Cette amputation a été nécessitée par des poussées d'amygdalite aiguë très fréquentes. Muqueuse des piliers, surtout supérieure, très épaisse; luette également. Paroi postérieure lisse et vernissée, avec quelques granulations.

Rhinoscopie postérieure impossible à cause des réflexes.

Au toucher, cavum libre, renferme du muco-pus. Pas d'hypertrophie de la queue des cornets. L'amygdale pharyngée forme une masse mollasse de quelques millimètres seulement d'épaisseur, très molle et saignant facilement.

Traitement. — Grattage de la voûte et cautérisations iodées. Lavages du nez au salol et pommade au dermatol.

Anémie, pâleur des téguments.

La malade reviendra ou non, suivant que M. Letulle aura décidé si elle doit ou non aller à la campagne. Le traitement serait alors remis à deux mois. La malade revient.

Le 5 septembre, après avoir fait des lavages du nez pendant plusieurs mois, l'amélioration subjective est très marquée; plus de ronflement nocturne, plus de mucus nasal.

Examen. — Nez : Muqueuse rouge, muco-pus logé dans la narine droite.

Pharynx : Muco-pus descendant de la voûte. Pas de sécheresse.

La rhinoscopie postérieure est impossible à cause des réflexes exagérés de la malade.

Traitement actuel. — Badigeonnage du cavum au nitrate d'argent au 1/20.

(Pendant tout le mois de septembre, c'est-à-dire douze fois, le cavum a été badigeonné au nitrate d'argent à 1/20.)

1er octobre. — Va beaucoup mieux, ne mouche presque plus, mais encore un peu de mucosités transparentes.

Ne ronfle plus la nuit; ne bave plus. Ses oreillers ne sont plus tachés, tandis qu'avant, en se réveillant, elle trouvait son oreiller inondé de salive. N'a plus la sensation d'obstruction nasale.

Le nez va bien; pas traces de muco-pus; muqueuse un peu rouge.

Pharynx : Paroi pharyngienne postérieure, très peu de sécheresse, quelques petites granulations, à peine apparentes.

Cavum absolument libre. La rhinoscopie postérieure ne peut être faite que rapidement avec la méthode de Voltolini.

La malade est guérie.

Obs. X. — *Adénoïdite consécutive à une scarlatine. Otite aiguë double.* — Georges T..., onze ans, 15, rue Louis-le-Grand. Cet enfant, dès la fin d'une scarlatine relativement bénigne, fut pris d'un coryza aigu à la suite duquel on observa de la rougeur des piliers, du voile et de la paroi postérieure du pharynx. Cet état n'occasionna d'abord qu'un léger mouvement fébrile, une sensation de cuisson très pénible au niveau de la gorge, le tout s'accompagnant, bien entendu, de phénomènes d'obstruction nasale, bouche ouverte, ronflements, etc. Deux jours après le début des accidents, nous fûmes appelé auprès du malade, qui commençait à se plaindre des oreilles.

Examen. — Nez : Muqueuse rouge, fosses nasales remplies de pus, lequel descend dans le cavum et le pharynx qu'il tapisse dans toute sa surface.

L'enfant est très docile; il se prête volontiers à un lavage du nez qui le débarrasse de l'amas de muco-pus encombrant ses cavités supérieures. On peut apercevoir alors, en haut du cavum, une masse assez volumineuse de tissu adénoïde oblitérant les choanes. Les deux tympans sont bombés, rouges. On pratique la paracentèse. Grâce à l'antisepsie et aux soins rigoureux, l'enfant était guéri au bout d'une quinzaine de jours.

Obs. XI. — *Adénoïdite; pseudo-syndrome de végétations adénoïdes ayant amené des troubles gastro-intestinaux et donnant lieu à des bronchites et à des accès d'asthme fréquents.* — Ces accidents sont consécutifs à la rougeole. Date de la première visite : 15 mars 1894.

Maud C..., sept ans, 34, rue Etienne-Marcel. Cette enfant a eu la rougeole il y a un an. Tout se passa bien au cours de cette infection ; mais un mois après, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de fièvre, de frissons. Le médecin appelé pensa qu'il s'agissait d'une angine, sans cependant pouvoir nettement préciser le diagnostic. Le pharynx était seulement un peu rouge. Cet état dura quatre ou cinq jours, au bout desquels tout parut rentrer dans l'ordre. Quelques jours après, réapparition des accidents. Depuis ce temps, on observa que la petite malade ronflait la nuit, qu'elle dormait la bouche ouverte. Jusqu'alors bien développée, très intelligente, elle se mit à dépérir. Il survint également un peu de dureté de l'ouïe. L'enfant, dit la mère, ne pouvait être sortie le soir, sans être immédiatement prise de bronchite. Il se produisait même de temps à autre des accès d'asthme qui inquiétaient beaucoup les parents. Tous les troubles furent mis sur le compte de la bronchite. Cependant, en présence des ronflements et des symptômes d'obstruction nasale, on pensa à des végétations adénoïdes, et l'enfant nous fut amenée.

Examen. — Enfant chétive, pâle, anémiée. Les conjonctives décolorées tranchent sur la teinte jaune paille des téguments.

Nez : Un peu de muco-pus.

Pharynx tapissé de mucosités jaunâtres descendant du cavum. La rhinoscopie postérieure permet d'apercevoir en haut de la voûte un bourrelet adénoïdien peu volumineux, n'obstruant ni les choanes ni les trompes. Le tout est rouge et tapissé de muco-pus épais. Outre les troubles respiratoires, la mère se plaint surtout de l'anorexie dont souffre son enfant et des diarrhées fréquentes qui la fatiguent énormément.

Rien aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

Audition : Montre, 10 centimètres à droite, 15 à gauche.

D. V. : + à droite. Les deux tympans sont enfoncés, dépolis, peu mobiles. Nous parlons d'intervention possible si les troubles auriculaires ne s'amendent pas. Quinze jours après, nous revoyons l'enfant. On a fait des lavages du nez, des irrigations avec de l'eau sulfureuse, et l'on insufflait dans le nez, trois fois par jour, de la poudre d'aristol. Moins de muco-pus. Le traitement sera continué.

20 mai. — L'amélioration continue. Il y a encore dans le cavum quelques mucosités, mais elles sont à peine louches et en tout cas moins abondantes. L'appétit est meilleur. Il n'y a plus de diarrhée ni de maux de tête. De temps à autre, accès d'asthme, mais les attaques sont plus légères et plus espacées que jadis. L'enfant est envoyée dans une station d'eaux sulfureuses. Le traitement suivi a consisté uniquement en pulvérisations et en lavages du nez, ceux-ci assez espacés.

La malade a été conduite par ses parents sur les bords de la mer pour passer les vacances. Au retour, la guérison paraît complète. L'enfant a grandi, a bon appétit, est gaie. Elle entend mieux. On constate cependant encore un léger degré d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. L'audition s'est améliorée.

Montre : 80 centimètres à gauche; 60 centimètres à droite.

Nous avons vu la petite malade encore ces derniers temps et l'amélioration s'était maintenue sans la moindre rechute.

Obs. XII. — *Adénoïdite et laryngite consécutive. Pas de végétations adénoïdes.* — Jeanne H..., cinq ans et demi, 231, boulevard Pereire. Entrée à la clinique le 4 janvier 1895. Numéro du registre : 1093. Enfant pâle ; blépharite ciliaire. Frère mort à sept ans de méningite à la suite d'une otorrhée datant de trois ans.

Depuis deux ans, ronfle bruyamment, a de la peine à avaler, s'étrangle en buvant, et a des quintes de toux fréquentes. Très agitée la nuit, elle se réveille, crie, est sujette aux terreurs nocturnes. Voix étouffée, un peu rauque. Pas de maux de gorge ni de maux d'oreilles. Scarlatine il y a un an, à la suite de laquelle les accidents ont augmenté d'intensité. S'enrhume très facilement du nez. Chaque coryza est suivi d'une petite bronchite.

Au moment de l'examen, pas d'adénopathie angulo-maxillaire, respiration calme, bouche close, pas de facies adénoïdien; mais cornets inférieurs un peu tuméfiés. Pas de muco-pus ; nez libre.

Pharynx : Muco-pus abondant descendant du cavum. Amygdale peu développée.

Cavum : Pas de végétations. Une légère saillie mamelonnée de l'amygdale pharyngée.

Larynx : Vestibule très rouge. Cordes vocales inférieures blanches, un peu rouges à leur extrémité. Traînée de muco-pus sur les cordes.

Traitement. — Pommade iodolée, pulvérisations d'eau sulfureuse.

Nous ne continuons pas les détails de l'observation, l'enfant étant encore en traitement. Qu'il nous suffise de dire que les bronchites sont moins fréquentes, la voix moins enrouée.

DISCUSSION

M. Gellé. — Je ferai remarquer que M. Helme a eu surtout en vue l'adénoïdite chez les enfants. Or chez certains adultes arthritiques et chez certaines malades au moment de la ménopause, j'ai observé des

bourdonnements consécutifs à des adénoïdites ; c'était même là le seul trouble fonctionnel dont les malades eussent à se plaindre. Quelques badigeonnages du cavum ont fait disparaître les bourdonnements.

M. Lubet-Barbon. — Je suis partisan des idées émises par M. Helme. Je suis absolument d'avis qu'il faut appliquer à l'amygdale palatine les mêmes méthodes chirurgicales qu'à l'amygdale pharyngée. Quelquefois l'amygdale pharyngée n'est pas très volumineuse, et cependant son ablation peut s'imposer si par suite du siège de l'hypertrophie adénoïde il se produit des troubles du côté de l'audition. A l'encontre de M. Helme, je suis au contraire systématiquement opposé aux lavages, car, si les fosses nasales ne sont pas perméables, on court grand risque de contaminer l'oreille. Mieux vaut donc attendre quelques jours en s'abstenant de tout lavage inutile sinon dangereux. C'est seulement lorsque l'inflammation aura cédé sous l'influence du traitement, mais sans lavages, que l'on pourra recourir à une intervention plus active.

M. Moure. — Je tiens à m'élever contre le traitement par le climat maritime. Il est de règle d'envoyer les enfants au bord de la mer pour les tonifier. J'ai vu souvent les jeunes sujets atteints de végétations adénoïdes en revenir avec une otite.

M. Helme. — Si j'ai insisté sur la question des lavages, c'est surtout pour montrer qu'ils n'étaient pas sans dangers ; ils doivent consister plutôt en bains de nez qu'en lavages, ainsi que le recommande M. Gellé. En tout cas ils doivent être proscrits chaque fois qu'on ne sera pas sûr de l'intelligente exécution des conseils du médecin. En ce qui concerne la remarque de M. Moure, je me range à son avis. Si j'ai cité le traitement par l'air marin, c'est parce qu'il s'appuie sur la haute autorité de M. le Prof. Verneuil, mais je n'ignore pas que depuis longtemps M. Gellé a signalé les mauvais effets d'un séjour au bord de la mer chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes.

TROIS OBSERVATIONS DE SINUSITES NASALES OFFRANT DES POINTS DE VUE INSTRUCTIFS

Par le Dr DUNDAS GRANT (de Londres).

L'auteur en remerciant la Société pour l'honneur qu'elle lui fait, exprime le regret de n'être pas en position de lire une communication spécialement préparée, n'ayant fait qu'une visite tout imprévue à la séance annuelle. Il se permet quand même de rapporter brièvement trois observations de sinusites nasales qui lui semblent présenter des points intéressants.

OBSERVATION I. — *Cas d'hypertrophie polypoïde du cornet moyen associée à une sinusite sphénoïdale.* — Une demoiselle âgée d'environ trente ans, qui avait souffert pendant des années d'une obstruction de la cavité nasale gauche, accompagnée d'écoulement nasal de caractère muqueux, se présentait chez moi, il y a quelques années. Je trouvai une hypertrophie considérable du cornet moyen, avec une quantité de bourgeons charnus, myxomateux, empêchant la respiration nasale. Il paraissait facile d'y appliquer l'anse froide et de s'en débarrasser de la manière ordinaire. Cela se fit assez bien pour la plupart des excroissances, mais il en restait qui échappaient chaque fois à l'anse et en très peu de temps l'état primitif s'était reproduit. La même opération, avec application du galvanocautère, fut répétée à plusieurs reprises. On pensait à une affection du sinus maxillaire, d'autant mieux que la ponction alvéolaire était suivie d'une certaine amélioration. La malade ressentait un tel soulagement qu'elle ne se présenta plus qu'à des intervalles éloignés.

Lors d'une visite récente, il arriva pendant l'emploi d'une douche nasale qu'il se détacha une mince lame osseuse de forme carrée et d'à peu près 5 millimètres de côté. La surface de celle-ci portait une grande masse de bourgeons charnus. La lame osseuse, qui a été malheureusement perdue, présentait les caractères de la lame qui ferme le sinus sphénoïdal en avant et, en effet, l'ouverture de cette cavité se trouvait béante à un degré tout à fait anormal, de sorte qu'on pouvait, sans la moindre difficulté, y introduire des stylets et des sondes. Il était facile aussi d'observer un léger écoulement de pus de l'ouverture, au dessous de laquelle on trouvait de petits granulomes. Chaque fois que l'irrigation était pratiquée au moyen d'une sonde, il sortait un petit paquet de muco-pus et la céphalalgie diminuait.

Dans ce cas, il est évident que la maladie avait son origine du côté du sinus sphénoïdal, d'où provenaient aussi les excroissances myxomateuses qui échappaient à l'anse. Si, à une époque antérieure, j'avais découvert le point de départ de la maladie, j'aurais pu épargner à la malade beaucoup de souffrances.

De cette observation, je retire le conseil *d'interroger bien l'os sphénoïde et le sinus sphénoïdal autant de fois qu'il se présente des excroissances polypoïdes que l'on n'arrive pas à engager dans l'anse employée de la manière ordinaire*. En suivant cette règle, j'ai obtenu la guérison rapide dans plusieurs cas qui auraient bien pu prendre la marche chronique et regrettable de celui que je viens de rapporter.

Obs. II. — *Cas de sinusite frontale avec persistance d'écoulement nasal malgré l'opération extérieure, l'opiniâtreté de l'écoulement se rattachant à une sinusite maxillaire.* — Homme de trente-cinq ans, se plaignant d'écoulement purulent fétide du côté gauche ; se présenta au mois de juillet 1892. Je constatai un peu de sensibilité à la pression dans la région du sinus frontal gauche, ce qui, avec la présence du pus dans le méat moyen et l'absence d'empyème maxillaire (éliminé au moyen de la transillumination et de la ponction exploratrice), me conduisit à faire le diagnostic de sinusite frontale. La médication à travers l'orifice naturel ayant été sans résultat, je fis une petite ouverture dans la région sus-orbitaire où je trouvai très facilement le sinus et fis sortir du pus. Pour pratiquer le drainage nasal, j'introduis par la petite ouverture artificielle une sonde eustachienne qui pénétra sans difficulté dans l'orifice supérieur de l'infundibulum. A travers ce tuyau je poussai un long fil d'étain et j'en retirai l'extrémité du méat moyen du nez. Ce procédé, emprunté au sondage intra-tympanique, est d'une application assez étendue. Retirant alors la sonde eustachienne, je fis glisser sur le fil d'étain un tube de drainage en caoutchouc que je laissai en place, enlevant alors le fil conducteur. Malheureusement, cette opération n'eut que très peu d'effet ; les tissus ne supportaient pas bien les pansements à l'iodoforme ou au sublimé, ni même à l'acide borique. Je fus aussi forcé de retirer le tube de drainage. Une amélioration considérable suivit la résection de la partie antérieure du cornet moyen, ce qui semblait faciliter en quelque sorte le drainage naturel.

Après plusieurs mois pendant lesquels je pratiquai de fréquentes irrigations de haut en bas à travers l'orifice artificiel et de bas en haut au moyen des canules frontales de Lichtwitz et de Hartmann, j'élargis l'ouverture au moyen du forceps rongeur de Hoffmann, de manière à enlever entièrement la paroi antérieure du sinus. Je curettai la cavité pour la débarrasser des bourgeons charnus dont elle était remplie, puis je la tamponnai de gaze iodoformée. Mais il y eut la même intolérance aux pansements et pendant quelques jours le malade ne put supporter que des vaporisations de sous-acétate de plomb.

Peu à peu il se produisit une amélioration sensible qui resta bientôt stationaire. Je fus alors conduit à profiter de nouveau de l'état du sinus maxillaire au moyen, en premier lieu, de la transillumination et ensuite de la ponction exploratrice, d'après la méthode de Lichtwitz. Je constatai aussitôt la presence de pus dans cette cavité, et un empyème secondaire dû à une infection intranasale provenant du sinus frontal.

J'ai été amené dernièrement, par des raisonnements plus ou moins théoriques, à supposer que pour les empyèmes maxillaires d'origine intranasale un traitement intranasal est spécialement indiqué et que dans de tels cas l'emploi du trocart de Krause est d'une applicabilité toute spéciale. Je fis ainsi la ponction avec ce gros instrument à travers le méat inférieur sous l'anesthésie par le protoxyde d'azote, après l'application préalable de cocaïne au dessus et au dessous du cornet inférieur. Au moyen de la pompe anglaise (de Higginson) je pratiquai des irrigations alcalines volumineuses suivies par quelques insufflations sèches pour chasser le liquide, et ensuite des insufflations d'europhène. Ces procédés se répétèrent à intervalles d'un à trois jours et en moins de trois semaines amenèrent la disparition absolue de l'écoulement nasal et la guérison du malade.

Il est évident alors que *dans un cas de sinusite frontale où l'écoulement nasal persiste malgré le traitement approprié du sinus, il faut interroger le sinus maxillaire en raison de la possibilité d'un empyème secondaire de cette cavité auquel la suppuration continue puisse être attribuée.*

Obs. III. — *Cas d'empyème du sinus maxillaire avec persistance de suppuration due à une sinusité frontale concomitante.* — Un jeune homme est venu me consulter, il y a environ quatre mois, à cause d'un écoulement nasal avec obstruction du nez du côté gauche. L'écoulement avait une fétidité dont le malade était bien conscient et s'accompagnait d'incapacité pour les efforts d'esprit. Pendant deux ans il avait subi des traitements variés et dispendieux qui lui avaient occasionné beaucoup de désagréments sans lui procurer aucun soulagement.

Au moyen de la transillumination et de la ponction exploratrice, j'arrivai directement au diagnostic d'empyème maxillaire et, du reste, d'origine dentaire, vu l'odeur caractéristique et le mauvais état de la prémolaire correspondante.

En premier lieu je me servis du trocart de Krause; mais comme cela ne permettait pas des irrigations fréquentes qui s'imposaient, je fis extraire la dent suspecte par un dentiste et je pratiquai la ponction alvéolaire de la manière ordinaire.

Jusqu'à un certain point, tout allait bien; mais le jeune homme, intelligent, avait remarqué qu'après un lavage complet de l'antre, jusqu'à ce qu'on ne trouvât plus de pus dans le liquide d'irrigation, il s'en écoulait encore de nouveau après un intervalle qui lui semblait trop court pour que la cavité se fût remplie. En effet, je confirmai exactement son observation et presque aussitôt après une irrigation satisfaisante je pus apercevoir, dans la région de l'infundibulum, une perle de muco-pus qui m'indiqua une suppuration, soit ethmoïdale, soit frontale. Le malade se plaignait de céphalalgies gauches et d'une sensibilité anormale à la pression sur le sinus frontal.

Au moyen de la canule de Hartmann (après cocaïnisation), je réussis à chasser une petite quantité de pus en soufflant avec une poire de Politzer et en lavant avec une solution boriquée, ce qui soulageait le malade et lui enlevait son mal de tête. La sonde frontale de Lichtwitz arriva à peu près au même but quoique n'étant pas adaptée à pénétrer si profondément dans la cavité du sinus. Elle a pourtant le grand avantage d'être plus facile à introduire et de causer moins de désagrément au malade. J'appris au jeune homme à se servir de la poire de Politzer par la narine gauche pendant qu'il gonflait ses joues et que sa mère lui fermait les deux oreilles. Ce dernier procédé sert à diminuer le choc dans le tympan, ce qui ne peut avoir qu'un mauvais effet sur une oreille saine.

Je conseillai au malade l'opération extérieure comme le moyen le plus efficace d'arriver à une guérison; mais il préféra continuer le

traitement à travers les orifices naturels, ce qui eut un si excellent effet qu'à présent la suppuration est presque nulle. Tous les deux à trois jours, il irrigue l'antre par l'orifice alvéolaire; une fois par semaine il vient me voir pour faire pratiquer l'insufflation d'europhène au moyen du trocart de Krause, ainsi que l'irrigation boriquée du sinus frontal. La gêne qu'il ressent est minime, sa santé générale et sa capacité pour ses affaires sont améliorées de façon à étonner ses patrons et ses camarades.

De cette observation, je tire le conseil (qui, du reste, n'est pas nouveau) qu'*en tout cas d'empyème maxillaire où la suppuration persiste malgré le traitement approprié, on doit penser à une sinusite frontale et s'en libérer avant d'avoir recours à des opérations plus sanglantes.*

UN CAS DE CONDYLOMES SYPHILITIQUES DES FOSSES NASALES

Par le Dr **G. LABIT** (de Tours)

L'étude des accidents syphilitiques localisés aux fosses nasales s'est portée surtout sur les manifestations tertiaires de cette diathèse, qui sont assez fréquentes et qui par le délabrement considérable qu'elles causent passent difficilement inaperçues. Cependant des travaux qui commencent à se faire nombreux ont été publiés depuis quelques années, au sujet des manifestations syphilitiques de la période primitive ou secondaire. Nous croyons que ces accidents pour être assez rares sont encore plus rarement recherchés et observés, et il est certain que les observations en deviendront plus fréquentes à mesure que l'examen attentif des fosses nasales tendra à se généraliser.

Nous voulons seulement donner, comme preuve à l'appui de cette idée, ce fait que en 1887 le Dr Dupond, dans son travail inaugural (*Etude sur la syphilis du nez*, Doin, édit.), ne put réunir que trois cas authentiques de chancre induré des fosses nasales, ceux de Rasori (1885), de Spencer Wat-

son (1881) et de Moure (1887). En 1892 déjà, Cozzolino en rapporte trois autres cas, Moure un second. Aujourd'hui, les observations se multiplient et il nous a été facile de retrouver un nombre relativement considérable d'observations de ce genre telles que celles de Carpenter (1) (1890), de Marfan (2) (1890), de Chapuis (3), de Fellow (4), de Yerwant (5), Cimmino (6) (1894), et autres, qu'une bibliothèque restreinte ne nous a pas permis de rechercher. Les accidents secondaires des fosses nasales proprement dites ont été aussi assez rarement décrits. Dupond dans l'ouvrage cité plus haut en a fait une excellente étude. Cependant, parmi toutes les observations publiées à ce sujet, nous n'avons pu en retrouver que deux qui fissent mention de productions verruqueuses, véritables crêtes de coq développées sur la muqueuse pituitaire et dues à la syphilis : ce sont celle de Lacoarret (7) en 1892, communiquée à la Société Française de Laryngologie, et celle de Ripoult, toute récente (mars 1895), publiée dans les *Annales des Maladies de l'oreille, du nez, etc.*, sous le titre de : « Syphilide nasale végétante à la période secondaire de la syphilis. »

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'en observer un autre cas que nous allons relater ici :

Mme X..., trente-cinq ans, est une femme d'apparence robuste et d'une assez forte santé; elle est mariée et n'a pas d'enfants. Elle n'a jamais eu de fausses couches, possède un état général excellent et n'a

(1) Carpenter. « Manifestations syphilitiques du nez et du pharynx » (*Medical Record*, 25 oct. 1890).

(2) Marfan. « Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales » (*Annales de Dermatol. et Syphil.*, 25 juin 1890).

(3) Chapuis. « Nouvelle observation de chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire. » Paris, 1894.

(4) Gurnee Fellow. « Syphilis of the nose » (*Journal of Ophtalm., Otol. and Rhinol.*, janvier 1894).

(5) Yerwant. « Sifiloma iniziale della fossa nasale destra » (*Arch. Ital. di Laringol.*, fasc. III, 1894).

(6) Cimmino. « Un cas de syphilome initial de la cloison cartilagineuse du nez » (*Bollettino delle Malatt. dell' Orecch., etc.*, n° 2, 1894).

(7) « Condylomes syphilitiques des fosses nasales » (*Revue de Laryngol., Otol. et Rhinol.*, 1er juillet 1892). Communication faite à la Société Française de Laryngol., 4 mai 1892.

jamais fait de maladie sérieuse, sauf une fièvre scarlatine qu'elle eut à l'âge de dix-huit ans. Assez sujette aux migraines, elle a fréquemment des coryzas, surtout au début de l'hiver. Il y a cinq ans, elle eut une angine accompagnée de dysphagie assez vive, et qui dura environ une quinzaine de jours.

Vers la fin de septembre 1893 elle commença à ressentir un peu de lourdeur de tête, mais sans véritable douleur dans la région frontale et orbitaire. Cette gêne était surtout accentuée le matin au lever. En même temps elle commença à moucher un peu. La malade crut avoir un rhume de cerveau comme elle en avait fréquemment et n'y fit pas attention. La sécrétion claire d'abord devint muco-purulente et s'accentua peu à peu, mais ne donna jamais lieu à de la cacosmie. Au bout de quelque temps, au léger enchifrènement primitif succéda une gêne véritable. Elle alla voir un médecin qui lui prescrivit des irrigations boriquées qu'elle fit très régulièrement. Ce traitement ne lui apportant aucun changement, sauf peut-être une diminution dans la sécrétion nasale qui devint plus fluide et moins jaunâtre, elle vint alors nous consulter, sur le conseil d'un de nos confrères (29 août 1894).

La malade nous raconte ce que nous avons exposé plus haut et se plaint surtout de l'obstruction nasale si pénible à laquelle elle est constamment en proie. Toute la nuit elle est obligée de tenir la bouche ouverte, ronfle presque sans interruption et au réveil a la gorge très sèche. Pendant son récit fait d'une voix nasonnée, Mme X... cherche, par de brusques expirations faites par le nez, à se débarrasser de l'obstacle qui gêne sa respiration nasale. Dans les intervalles de la conversation, elle a la bouche ouverte.

A l'examen objectif, nous constatons qu'aucune déformation du nez n'apparaît extérieurement. Après l'introduction du spéculum nasi nous trouvons la fosse nasale gauche obstruée presque à son entrée par une tumeur grisâtre, mamelonnée, siégeant à la partie antérieure du cornet inférieur, remontant un peu dans le méat moyen. Sur la partie antérieure de la cloison, une autre tumeur ayant les mêmes caractères vient presque s'accoler à celle qui est située en face d'elle, et limite à une fente irrégulière et étroite l'entrée de la narine de ce côté.

A droite, la partie antérieure du cornet moyen est couverte de ces mêmes tumeurs mais moins grosses. La cloison n'offre rien d'anormal. La respiration est par ce fait un peu plus libre de ce côté. Nous enlevons un peu de mucus jaunâtre à l'aide d'un porte-ouate, et nous pouvons voir que ces tumeurs sont très irrégulières, s'étalant sur la muqueuse par une large base d'implantation. A l'aide d'un

stylet nous constatons qu'elles sont dures, comme cornées, tout à fait insensibles à la pression et ne saignant pas au contact même rude de l'instrument. Le stylet, introduit par l'espace que laissent entre elles ces productions, permet de s'assurer qu'elles ne s'étendent pas plus loin que le tiers antérieur de la fosse nasale de chaque côté, au delà duquel on rencontre une muqueuse lisse et de sensibilité normale.

L'examen rhinoscopique postérieur montre le pharynx nasal normal et sans trace de tumeur quelconque. Le pharynx buccal ne présente rien de particulier.

Ces caractères ne nous paraissant pas être ceux des papillomes des fosses nasales qui n'ont pas cette rapidité de développement, cette symétrie, cette large base d'implantation, etc., nous pensions être en présence de la forme végétante du début du lupus primitif de la muqueuse pituitaire, lorsque l'idée nous vint que peut-être ces tumeurs pourraient être dues à la syphilis. La malade ne présentait en ce moment aucun accident secondaire et l'interrogatoire à ce sujet était très délicat, la malade étant mariée. Aussi, tout en n'ayant qu'une médiocre confiance dans la valeur de notre dernière idée, nous résolûmes, pour ne plus avoir d'arrière-pensée à ce sujet et avant d'agir chirurgicalement, d'essayer le traitement spécifique. Nous prescrivîmes donc :

Biiodure d'hydrargyre...............	0 10	centigr.
Iodure de potassium.................	15	grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères......	300	—

Une cuillerée à bouche par jour.

Le 8 septembre la malade revient nous voir. Elle a suivi régulièrement son traitement, sauf pendant deux ou trois jours, car le médicament ayant provoqué au début une éruption d'urticaire, la malade effrayée alla voir son médecin habituel qui la rassura et l'engagea à continuer la médication. Elle nous dit qu'elle trouve ses fosses nasales un peu moins obstruées, mais qu'elle mouche un peu plus que d'habitude. Nous trouvons en effet, à l'examen, que la fente très étroite déterminée par l'approche des deux tumeurs s'est un peu élargie à gauche. Les tumeurs siégeant à l'entrée de la fosse nasale droite paraissent surtout avoir diminué. La malade peut souffler un peu mieux par ses fosses nasales. La voix est encore nasillarde ; le traitement étant bien supporté, nous engageons à le continuer bien régulièrement.

27 septembre. — Nous voyons de nouveau Mme X... Elle se dit très dégagée; la respiration par les fosses nasales se fait très facilement.

Elle n'a plus la bouche sèche le matin, ne ronfle plus. Les malaises et la lourdeur de tête ont disparu. A l'examen on ne trouve plus de chaque côté, à l'endroit où siégeaient les tumeurs, que de petites inégalités un peu dures et grisâtres. L'ouverture des fosses nasales est presque devenue normale, surtout à gauche.

Nous conseillons à la malade de se reposer pendant quelque temps, et de reprendre de temps à autre son traitement.

Nous la revoyons le 6 décembre. La guérison s'est maintenue et Mme X... ne ressent plus aucun malaise.

Outre la question de curiosité qui s'attache à cette observation, nous pensons qu'elle présente au point de vue pratique un certain intérêt. Nous ne discuterons pas longuement sur le diagnostic de la lésion, que l'action du médicament spécifique a nettement mis en lumière. L'affection ne pouvait guère se confondre avec la tuberculose nasale à forme végétante qui évolue toujours de concert avec des lésions tuberculeuses assez avancées d'autres organes, ce qui n'était pas le cas ici. Les dégénérescences polypoïdes de la muqueuse des fosses nasales siègent surtout sur les cornets, sont d'une coloration rouge à peu près normale, sont assez molles et se rétractent sous l'action de la cocaïne, ce que ne faisaient nullement les tumeurs observées. Les papillomes des fosses nasales sont le plus souvent pédiculés, sont moins durs que ne l'étaient ces tumeurs et restent presque toujours cantonnés dans une seule des narines. Restaient les productions végétantes du début du lupus primitif de la pituitaire, qui présentent quelquefois l'aspect verruqueux que nous observions chez notre malade, et qui occupent précisément les points sur lesquels étaient les lésions. Quoi qu'il en soit, et comme nous l'avons déjà dit, nos hésitations nous conduisirent, pour ne plus avoir d'arrière-pensée de syphilis, à essayer le traitement qui a si bien réussi.

En présence de ce fait, nous étions porté à penser que si les tumeurs condylomateuses de cette nature se classent parfois dans la période secondaire, accompagnées d'autres accidents de cette époque, comme dans l'observation que nous avons citée, elles peuvent aussi se montrer comme

accidents tertiaires ou tout au moins comme accidents de transition entre ces deux périodes, lorsque notre excellent confrère et ami le Dr Lacoarret (de Toulouse), l'auteur de la première observation sur ce sujet, et à qui nous avions parlé de notre cas, nous écrivit qu'il venait d'en observer un autre il y a quelques mois. Le malade niant tout accident spécifique, le Dr Lacoarret se contenta de détruire au galvano-cautère de prétendus papillomes des fosses nasales. Quelques mois plus tard, il se développait sur la cloison une gomme dont l'évolution fut aussitôt arrêtée par le traitement mixte. Cette observation vient donc corroborer nos idées sur la rareté relative et l'époque variable d'apparition des condylomes syphilitiques des fosses nasales.

Nous pensons qu'en présence de tumeurs de la pituitaire, présentant les caractères que nous avons observés, apparaissant assez rapidement, même chez des malades niant ou ignorant leur syphilis et à plus forte raison chez ceux qui l'avouent, on aura souvent intérêt à essayer le traitement antisyphilitique d'abord, ce traitement ne présentant pas grand inconvénient à être suivi, et pouvant quelquefois débarrasser rapidement le malade et lui éviter une opération toujours désagréable.

Séance du 3 mai.

Présidence du Dr Wagnier, vice-président.

DE LA LARYNGITE SÈCHE

Par le Dr **J. MOLINIÉ** (de Marseille).

La multiplicité des titres qui servent à désigner cette affection suffirait, à défaut de toute autre connaissance, à montrer que l'entente n'est pas encore faite à son sujet.

La dénomination de laryngite sèche est rarement employée; il est plus commun de rencontrer celles de *pharyngo-laryngite* ou *rhino-pharyngo-laryngite sèche*,

désignations qui dans l'esprit des auteurs ne servent pas seulement à signaler la coexistence des lésions de même nature au niveau du nez, du pharynx et du larynx, mais encore à montrer la dépendance et la subordination étroite des lésions laryngiennes à celles du nez et du pharynx.

D'autres auteurs, voulant spécifier la nature de cette affection, l'appellent *ozène trachéal* ou *ozène laryngo-trachéal*; de telle sorte qu'une même observation a pu, suivant le point de vue auquel se place son auteur, être rapportée sous l'une ou l'autre de ces appellations.

Il existe donc des points en suspens relatifs au siège, à la nature et à la pathogénie de la *laryngite sèche ;* nous n'avons pas la prétention de les résoudre, nous nous bornerons à présenter quelques considérations qui nous ont été suggérées par la lecture des travaux récents et par l'observation d'un cas extrêmement particulier.

I

Il est superflu de faire un exposé détaillé de la symptomatologie de la laryngite sèche, qui d'ailleurs peut se résumer en peu de mots : formation dans le larynx de mucosités qui se concrètent rapidement et dont la présence au niveau de la glotte entraîne de l'aphonie et quelquefois de la dyspnée; parallèlement à ce trouble de la sécrétion, il se produit de l'atrophie de la muqueuse sous-jacente.

Mais les lésions du larynx ne vont pas sans des lésions identiques des fosses nasales et du pharynx et forment par leur ensemble un tout indissoluble qu'on désigne sous le nom de rhino-pharyngo-laryngite sèche.

On a pensé également que les lésions du larynx étaient tributaires des lésions du nez et que la laryngite sèche ne pouvait pas avoir d'existence propre. Elle était due à l'envahissement de proche en proche par le processus atrophique qui, débutant par les fosses nasales, gagnait le pharynx et le larynx par propagation.

Ces idées ont été exprimées par la presque unanimité des

auteurs (Mackenzie, Moure, Lennox-Browne, Hope) qui ont traité cette question. Tout récemment encore, notre excellent confrère Lacoarret appuyait cette façon de voir d'une manière bien catégorique. « Dans les cas de laryngite sèche, il faut toujours examiner le nez et le pharynx, car l'on trouvera fatalement des lésions de ce côté. »

Cette relation, pour être fréquente, n'est cependant pas aussi absolue qu'on a voulu le prétendre, et si on rencontre de la rhinite atrophique comme affection isolée, on pourra également rencontrer de la laryngite sèche sans autre altération préalable du côté du nez. L'observation qui suit en est un exemple.

Observation I. — Mme B..., quarante-quatre ans, se présente à ma clinique le 8 février 1895. Femme bien portante, d'embonpoint assez considérable. Elle s'est toujours bien portée et n'accuse aucun antécédent héréditaire ou personnel qui soit intéressant à signaler. Elle présente diverses manifestations de l'arthritisme, entre autres de l'eczéma rétro-auriculaire.

Au commencement de janvier 1894, a été atteinte de grippe à forme bronchitique, qui a guéri normalement; mais pendant la convalescence a vu survenir un enrouement dont l'intensité s'est accrue progressivement et qui n'a plus disparu depuis.

Une sensation pénible de constriction au larynx provoque des quintes de toux et des efforts d'expectoration amenant l'expulsion de croûtes excessivement dures et sèches. Pendant la nuit, la gêne de la respiration est quelquefois assez considérable pour produire un commencement d'asphyxie. La malade est alors obligée de quitter son lit et fait de violents efforts pour détacher les mucosités de son larynx; à la suite de leur expulsion, la respiration est plus facile.

A l'époque des grosses chaleurs, les croûtes étaient moins abondantes et la voix était recouvrée pendant des intervalles plus fréquents.

Au moment où elle vient consulter, elle est absolument aphone, la voix chuchotée est seule permise; l'inspiration est un peu bruyante.

Examen objectif. — L'opercule glottique est un peu abaissé et se soulève mal pendant l'émission de la voyelle *é*. Dans le vestibule laryngien, on aperçoit de nombreuses croûtes noirâtres, qui masquent complètement les bandes ventriculaires et les cordes vocales; elles sont plus nombreuses au niveau de la région aryténoïdienne.

Le pharynx est rouge, un peu congestionné; mais la muqueuse n'a pas l'aspect vernissé habituel en pareil cas.

Du côté du nez, les cornets inférieurs sont volumineux; le cornet gauche vient presque au contact de la cloison.

La rhinoscopie postérieure montre la voûte pharyngienne avec une couleur rouge sombre et sans la moindre mucosité, les queues des cornets ont leurs dimensions normales et les choanes sont parfaitement libres.

Sous l'influence des attouchements du larynx avec une solution de glycérine phéniquée, la malade expulse des mucosités noirâtres tirant sur le vert, d'une excessive dureté. *Ces croûtes sont absolument inodores.*

Interrogée sur la nature de sa sécrétion nasale, elle répond que son nez est toujours très sec, qu'elle mouche très peu, que la respiration nasale est parfaitement libre; elle affirme, de la façon la plus formelle, que jamais, ni dans son enfance, ni dans un âge plus avancé, elle n'a mouché de mucosités analogues à celles du larynx et que jamais elle n'a répandu la moindre odeur.

J'ordonne du benzoate de soude à l'intérieur, des inhalations balsamiques, et je pratique des attouchements du larynx avec une solution de chlorate de potasse.

Sous l'influence de ce traitement, la voix reparaît, l'amélioration s'accentue; mais dès qu'il est abandonné, les symptômes reprennent leur intensité.

Les examens laryngoscopiques ultérieurs montrent des croûtes dans la première portion de la trachée, et surtout au niveau du bord libre des cordes vocales, auxquelles elles forment une bordure en dents de scie. La région aryténoïdienne est le siège d'une production très abondante de mucosités, qui sont toujours très visqueuses. La muqueuse laryngienne est mince, sèche et atrophiée.

Il y a lieu de signaler, tout d'abord, le début de cette affection à la suite d'une maladie infectieuse, sa coexistence avec la ménopause et son développement à un âge où les lésions atrophiques des fosses nasales ont coutume de disparaître chez les sujets qui en sont atteints.

Mais le point le plus intéressant est certainement la formation des croûtes et leur localisation exclusive au niveau du larynx et de la trachée sans que l'interrogatoire permette de soupçonner l'existence dans le passé d'une affection

analogue et sans que l'examen permette d'en découvrir le moindre vestige au niveau des fosses nasales ou du pharynx.

Cette constatation permet de réfuter la théorie pathogénique qui fait de la laryngite sèche une simple conséquence de la rhinite atrophique. Si le larynx des malades est plus menacé, offre de plus grandes chances d'être atteint des mêmes lésions qui frappent le nez et le naso-pharynx, lorsque ceux-ci sont primitivement envahis, il n'est pas moins susceptible d'être frappé isolément et l'affection peut être parfaitement indépendante des lésions des voies respiratoires supérieures.

D'ailleurs, il est assez difficile d'admettre que les sécrétions soient entraînées du nez successivement dans le pharynx et de là dans le larynx. Cette migration est assez peu explicable, si l'on considère le degré de viscosité et d'adhérence de ces sécrétions, qui est tel, que les efforts d'expectoration les plus violents sont nécessaires pour les détacher.

Les croûtes restent fixées au point même où elles adhèrent, et si elles se déplacent, elles ne peuvent être entraînées bien loin. Celles qu'on observe dans la trachée se sont formées à ce niveau. Et pour le larynx, nous croyons qu'il peut s'en produire sur toute la surface de la muqueuse, mais que leur formation est beaucoup plus abondante à la région aryténoïdienne.

II

Si, au point de vue des caractères et de l'évolution, on compare la laryngite sèche et l'*ozène trachéal*, dont Luc a fait la première description, on est frappé des nombreuses ressemblances que présentent entre elles ces deux affections.

Les mucosités ont la même consistance, la même tendance au dessèchement; les croûtes ont les mêmes caractères objectifs. Bien plus, la muqueuse offre la même tendance à l'atrophie et l'affection en général présente la même marche chronique, la même ténacité, la même résistance au traitement.

Seule la fétidité, si marquée dans l'ozène, fait ici défaut et constitue le seul signe distinctif. Cette différence suffit-elle à faire créer deux classes d'affections distinctes, comme le veulent MM. Luc, Tsakyroglous et Massei, qui font de l'ozène trachéal une véritable entité morbide?

Nous ne le croyons pas et pensons, au contraire, avec MM. Moure, Lennox-Browne, Lacoarret, que c'est bien la même affection dans les deux cas et que l'absence ou la présence de la fétidité n'est pas un caractère d'une valeur suffisante pour permettre de créer deux groupes de maladies distinctes.

Au surplus, le résultat de l'examen au microscope des mucosités ne fait que nous pousser davantage dans cette opinion.

Nous prions la malade de nous apporter les mucosités expectorées; elles sont tellement sèches et dures que l'examen en est impossible.

Nous puisons alors directement dans le larynx, avec le porte-ouate, des mucosités non encore concrétées, siégeant à la région aryténoïdienne, mais épaisses, visqueuses et filantes. Nous les étendons sur des lames et séchons à la lampe.

Elles sont portées au laboratoire de M. le Prof. agrégé Boinet, qui en a fait l'examen et nous a donné les résultats suivants :

Une lamelle est colorée au rouge de Ziehl.

On aperçoit de gros cocci le plus souvent disposés deux par deux, mais quelquefois aussi disposés en chaînettes longitudinales de deux ou quatre éléments.

L'abondance des cocci est sur certains points extrêmement considérable; ils sont réunis en zooglées, et sont là à l'état de pureté.

Une autre lamelle colorée au violet de gentiane présente le même aspect, mais on voit en outre de gros bacilles mesurant le même diamètre que les cocci.

Il s'agit dans les deux cas du microbe que Lœwenberg a décrit comme pathogène de l'ozène.

La présence, dans les mucosités de laryngite sèche, de microorganismes que l'on n'a jusqu'ici rencontrés que dans l'ozène, vient encore militer en faveur de l'unité et de la communauté d'origine de ces deux affections. Aussi pensons-

nous qu'on doit les considérer non pas comme deux maladies différentes, mais plutôt comme deux formes, deux modalités de la même maladie.

III

En terminant, nous croyons pouvoir tirer de toutes les considérations qui précèdent les conclusions suivantes :

1° La *laryngite sèche* peut être primitive et évoluer indépendamment de toute lésion du nez et du naso-pharynx.

2° Elle semble devoir être considérée comme une forme atténuée de l'*ozène trachéal.*

3° Elle est probablement de nature parasitaire et provoquée par le coccus de Lœwenberg.

4° Ce coccus ne saurait être considéré comme le facteur exclusif de la fétidité ozéneuse. Il réclame à cet effet le concours d'autres circonstances encore indéterminées.

DE L'ÉLECTRISATION DANS CERTAINES AFFECTIONS AURICULAIRES

Par le Dr **MOUNIER** (de Paris).

L'électrisation de l'oreille a été employée dans toutes les affections de cet organe; on en a surtout usé dans les affections chroniques, les bourdonnements entre autres, avec quelques bons résultats; mais nous savons aussi combien cette tentative thérapeutique est souvent infructueuse.

A plus forte raison en est-il de même dans les vieilles scléroses, où la perte de l'ouïe tient à des causes multiples.

Où, à notre avis, l'électrisation a le plus de raison d'être, et où, du reste, pratiquement, elle donne les meilleurs résultats, c'est dans le déclin des affections aiguës.

L'oreille qui vient d'être atteinte d'inflammation, même au degré le plus simple, est longue à recouvrer (quand elle la retrouve) une acuité auditive semblable à celle qu'elle

avait auparavant. C'est peu à peu que l'audition revient, si l'oreille ne reste pas paresseuse.

Doit-on attribuer cet état à une légère inflammation du nerf auditif ou à la présence d'un reste d'exsudat qui gêne les mouvements de la chaîne des osselets; ou, plutôt, à un peu de parésie des muscles de la caisse, ainsi qu'on en observe pour les muscles laryngiens à la suite des laryngites aiguës ? — Cette dernière hypothèse nous semble la plus simple, étant donné surtout le résultat produit chez les malades dès la première électrisation.

Quoi qu'il en soit, l'électricité est un moyen thérapeutique puissant pour abréger, si nous osons dire, cette période de *convalescence* de l'oreille.

Nous tenons à insister sur ce fait parce que, une fois les accidents aigus calmés, qu'on se soit trouvé en présence d'une otite catarrhale simple ou d'une otite moyenne aiguë avec perforation du tympan, c'est, le plus ordinairement, presque uniquement à la douche d'air simple ou d'air chargé de vapeurs médicamenteuses qu'on a recours comme soins à donner aux malades.

On néglige cet adjuvant si précieux, l'électricité, qui, dans la médecine générale, est pourtant si souvent employé (on sait avec quel succès) dans tous les cas où la contractilité musculaire est en baisse.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de l'électricité de l'oreille ont eu en vue le traitement des bourdonnements, et la technique à employer est encore discutée même après des travaux consciencieux comme ceux de Brenner. Le seul point généralement admis est que le courant continu ou galvanique est plus actif dans les bourdonnements que le courant induit ou faradique.

Quant au traitement de la surdité ou de la paresse auditive simple, les uns, Duchenne (de Boulogne) un des premiers, préconisent les courants induits; les autres, les courants continus.

Pour notre part, nous donnons la préférence au courant faradique ou induit, nous basant pour cela sur trois points :

1° l'idée même que la faiblesse auditive est liée à la faiblesse de contraction des muscles de l'oreille moyenne; 2° la tolérance plus grande du malade pour le courant faradique; 3° la simplicité de l'outillage et de la technique.

En ce qui concerne le premier point, nous savons que le courant d'induction agit surtout sur le mouvement, et comme nous voulons en même temps un courant de pénétration, nous employons de préférence le courant induit d'une bobine puissante à fil *fin*.

Pour ce qui concerne la tolérance plus grande du malade pour le courant induit, elle nous semble indéniable.

Si on suit la technique de Brenner pour l'application des courants continus, où on multiplie les éléments jusqu'à production du bourdonnement, qui est, pour *lui*, l'indice indispensable d'excitabilité de l'oreille, le malade ressent une véritable brûlure du conduit, souvent du vertige avec tendance aux vomissements; on note aussi des fourmillements dans un des côtés de la langue, de la salivation et presque toujours des phénomènes lumineux des plus désagréables. Il faut aussi songer à une eschare possible du conduit qui se produit avec la plus grande facilité.

Avec le courant faradique, rien de tout cela n'existe : on n'observe que la contraction des peaussiers de la face, qui est du reste commune à l'application des deux ordres de courants.

Nous avons quelquefois noté un léger bourdonnement dans l'oreille électrisée et presque toujours du picotement dans le conduit; en résumé, rien de douloureux par l'application de ce dernier courant.

Nous nous servons d'une bobine à chariot, c'est-à-dire à bobine induite mobile; de sorte que nous graduons notre courant induit en engageant plus ou moins cette bobine sur la bobine fixe inductrice.

La bobine induite est à fil fin.

La pile génératrice du courant est une simple pile-bouteille au bichromate, de 1 litre. A l'un des cordons transmetteurs

nous adaptons un cylindre de cuivre qui sera tenu à pleine main par le malade, du côté à électriser, et l'autre cordon est lié à un excitateur olivaire en charbon, recouvert de peau, destiné à être introduit dans le conduit de l'oreille malade.

Cet excitateur olivaire est du modèle courant, car nous avons renoncé à un excitateur mince qui pourrait être porté jusqu'au contact du tympan, en raison des douleurs que détermine souvent ce contact. Cet excitateur est imbibé d'eau légèrement salée.

On nous objectera peut-être que nous n'indiquons pas dans notre technique quel est le pôle qui doit être tenu à la main et celui qui doit être au contact de l'oreille : c'est que, pratiquement, nous n'avons vu aucune différence entre les courants faradiques ascendants ou descendants.

Cette sorte d'électricité agit simplement comme stimulante et n'est pas soumise, à beaucoup près, aux mêmes lois que les courants continus, où le courant *ascendant* est hypertrophique et le courant *descendant* atrophique.

Tout étant préparé pour la faradisation, nous faisons tenir au patient, de la main du côté malade, le cylindre de cuivre et introduisons aussi loin que possible l'extrémité olivaire de l'excitateur dans le conduit de ce côté; nous laissons alors tomber le Zn de la pile-bouteille, et le trembleur de la bobine entre en action.

A ce moment seulement, nous commençons à engager *peu à peu* la bobine induite sur la bobine inductrice jusqu'à ce que le malade ressente des picotements dans l'oreille électrisée. Le patient n'a donc aucune secousse pénible, et c'est peu à peu que nous arrivons à l'intensité voulue.

Nous réglons cette dernière uniquement sur les sensations éprouvées par le malade; pour nous, on ne doit jamais aller, dans la faradisation de l'oreille, jusqu'à la douleur; nous faisons passer le courant pendant deux ou trois minutes, nous le diminuons lentement jusqu'à ce qu'il devienne nul, puis nous le portons à nouveau, et lentement, au maximum de tolérance (toujours sans douleur) et nous terminons lentement après cinq ou six minutes.

Ces séances sont renouvelées pendant trois, quatre, cinq jours; ce nombre est en général bien suffisant pour atteindre le but cherché.

On note, après la séance, un peu de chaleur dans l'oreille, et l'examen au spéculum laisse voir une légère congestion du tympan, surtout sur le trajet du manche du marteau et vers le pôle supérieur.

Ce qui est notable après l'électrisation ainsi conduite, c'est la sensation de dégagement auriculaire qu'atteste de lui-même le malade, en même temps que l'acuité auditive est manifestement plus prononcée.

Nous ne présentons à l'appui de cette note aucune observation de contrôle; nous signalons simplement un fait de notre pratique courante à l'attention de nos confrères, persuadé qu'ils ne retireront, comme nous, que bénéfice d'un semblable traitement dans les affections aiguës de l'oreille.

DE L'EMPLOI DES SOLUTIONS DE CHLORURE DE ZINC DANS LES AFFECTIONS NASALES, PHARYNGÉES ET LARYNGÉES

Par le Dr FAUVEL (de Paris).

Depuis longues années, j'emploie des solutions de chlorure de zinc plus ou moins concentrées, mais en général à 1/100, dans beaucoup d'affections diverses du nez, du pharynx et du larynx.

Je préfère ces solutions à celles de nitrate d'argent, d'iode, de menthol, d'acide lactique.

Elles sont très bien tolérées et n'amènent pas d'accidents immédiats ou consécutifs.

Je n'ose plus employer les solutions lunaires, car elles sont quelquefois suivies immédiatement de deux accidents graves :

1° J'ai vu, à la suite d'attouchements de la muqueuse

palatine pour des aphtes après l'application du crayon de nitrate d'argent ou d'une solution plus ou moins forte de ce sel, survenir un œdème considérable de la luette et des piliers donnant lieu à des symptômes d'asphyxie.

Il y a quelques jours à peine, un jeune chirurgien militaire, en garnison à Amiens, venait me consulter pour une maladie palatine; je trouvai la luette très enflée, ainsi que les piliers antérieurs du voile du palais, et je constatai, à la racine de la luette, à droite, une petite plaque blanche, ayant l'aspect d'un aphte touché au nitrate d'argent. Effectivement, notre jeune confrère s'était cautérisé lui-même l'avant-veille la luette, à l'endroit où je constatai une plaque blanche, et une heure après cette cautérisation, il était survenu un état œdémateux très grave de la luette et du voile palatin qui ne laissa pas que de l'effrayer.

Je lui racontai que plusieurs fois j'avais vu cet accident, mais entre autres chez un homme cependant vigoureux, grand, fort, M. Mermant, chef des chœurs à l'Opéra.

Ce malade, atteint de plusieurs aphtes au voile du palais, vint me prier (il y a trente ans) de lui toucher ses petits points blancs, comme il les appelait.

Je les frôlai légèrement avec la pointe d'un crayon lunaire, et cinq minutes après, le malade remontait chez moi, me disant qu'il souffrait, qu'il ne pouvait plus respirer; effectivement, à l'examen du pharynx, je constatai un œdème considérable du voile du palais, de la luette qui était devenue violacée, grosse comme le petit doigt. Je crus un moment que je serais obligé de procéder à la trachéotomie. Je le fis gargariser avec de l'eau salée très chaude; je fis des scarifications sur la luette; et enfin peu à peu la respiration se rétablit.

2° Une autre série d'accidents est due à l'emploi du nitrate d'argent solide ou liquide dans les affections laryngiennes. Ce sont aussi des accidents asphyxiques, principalement des convulsions glottiques, des spasmes violents, inquiétants; la glotte se contracte si fortement que l'on a beau prier le

malade de boire ou de respirer par le nez, la bouche fermée : les lèvres glottiques serrées par un trismus violent n'arrivent pas à pouvoir s'écarter l'une de l'autre.

Je me rappelle toujours le cas d'un artiste atteint de polype d'une corde vocale. Après lui avoir arraché ce polype, je le cautérisai au nitrate d'argent avec un porte-caustique que j'avais fait construire spécialement chez Mathieu, et qui porte mon nom. J'avais fait faire d'après le système de cierge d'église un étui muni d'un ressort qui poussait en dehors une petite extrémité de crayon lunaire afin que la cautérisation n'eût lieu absolument que sur le petit endroit touché. Malgré ces précautions, la cautérisation du pédicule polypeux donna lieu à une telle suffocation que le malade me demanda la permission d'aller vite prendre l'air, car il étouffait.

Il courut depuis chez moi, rue Taitbout à cette époque, jusqu'à l'Arc-de-Triomphe sans savoir où il allait, sans pouvoir reprendre vent, selon son expression.

Enfin il s'assit sur un banc et finit par pouvoir respirer.

Plusieurs fois j'ai vu à la suite d'attouchements avec une solution faible lunaire de la muqueuse laryngée des accidents semblables à ceux que je viens de décrire.

Il peut arriver que le crayon de nitrate d'argent se brise, se détache et tombe soit dans l'œsophage, soit dans le larynx. Je vous citerai un cas entre autres où l'opérateur ne pouvait pas être accusé d'ignorance ou de maladresse, car c'était notre savant ami le Dr Krishaber.

Il cautérisait au crayon lunaire M. L. de L..., pour des granulations pharyngiennes. Le crayon se brisa et tomba dans l'œsophage. Le malade fut pris de quintes de toux, de brûlure, de suffocation, et accourut chez moi tout furieux et en proie à une grande frayeur (il avait été mon client jadis). Je le rassurai, lui fis avaler de l'eau salée chaude et ordonnai un traitement approprié. Il souffrit pendant trois jours et ne cessait de maudire l'opérateur malgré tout ce que je pouvais dire en sa faveur.

On a beaucoup préconisé aussi les attouchements à l'iode, à l'acide lactique, au salol, au menthol, à l'acide phénique, au chloral, au sulfate de cuivre, au perchlorure de fer, à l'iodoforme, à l'iodol. C'est toujours au chlorure de zinc que je donne la préférence, excepté dans les affections de nature syphilitique.

Il est certain que dans cette diathèse l'iode est de beaucoup supérieur à tous les autres caustiques; on peut en modérer la force en étendant la teinture d'iode avec plus ou moins de glycérine, et l'avantage de l'iode sur l'argent est de ne pas laisser une pellicule blanche, épaisse, qui cache à la vue pendant quelques jours la surface de la plaie cautérisée.

J'emploie donc la solution plus ou moins forte de chlorure de zinc additionnée toujours de quelques gouttes d'acide chlorhydrique pour empêcher la solution de floconner.

J'ai obtenu dans les simples cas de pharyngo-laryngite au début chez les chanteurs, toujours si pressés de guérir, des résultats immédiats; et quand il s'agit d'une congestion variqueuse des cordes vocales inférieures qui se traduit à la vue par un aspect rosé réticulé de l'épithélium vocal amenant un voile sur l'émission de certaines notes, je touche la partie injectée avec une petite éponge imbibée de quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/50, c'est-à-dire 25 grammes d'eau, 25 grammes de glycérine, 1 gramme de chlorure et xxx gouttes d'acide chlorhydrique, et au bout de deux ou trois jours la congestion disparaît et la voix redevient claire. La sensation de brûlure dure un temps plus ou moins long selon le sujet, plus longtemps chez la femme; la moyenne de la durée est d'une heure à deux.

Je pourrais vous citer des artistes connus qui n'oseraient pas chanter, aborder un grand rôle, si je ne les touchais pas la veille ou l'avant-veille avec cette solution.

Dans les cas plus graves, plus avancés, chroniques, dans la phtisie, la scrofulose, les granulations, les varices du pharynx, j'ai toujours eu à me louer des solutions de chlorure de zinc.

Contre le coryza chronique, le Dr Moldenhauer (de Leipzig), dans son *Traité des Maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal*, traduit par le Dr Potiquet (p. 90), dit qu'il a très souvent employé dans ces derniers temps le chlorure de zinc et qu'il a été très satisfait des résultats. Même les catarrhes de nature scrofuleuse qui résistent opiniâtrément aux moyens de douceur cèdent après plusieurs cautérisations.

« J'ai vu disparaître aussi, dit-il, après l'emploi du chlorure de zinc les gonflements en forme de coussinet du cornet inférieur.

» Dans certains cas de tumeurs adénoïdes j'ai pu épargner l'opération aux jeunes malades en faisant des cautérisations répétées au chlorure de zinc à 1/30. »

Dans ce même traité (p. 55), Moldenhauer dit au sujet des caustiques employés dans le traitement des maladies des cavités nasales :

« Il n'est pas rare que dans ce traitement nous soyons obligés d'exercer sur des points limités une action caustique énergique ou une action destructive.

» Il y a pour cela plusieurs procédés. Je ne veux citer ici que ceux dont une longue expérience m'a démontré la valeur.

» Lorsqu'il y a gonflement chronique simple de la muqueuse nasale, le chlorure de zinc est un caustique excellent. On ajoute dans un petit flacon, à du chlorure de zinc qui est facilement soluble, une petite quantité d'eau. Il se forme au dessus du sel non dissous une solution aqueuse saturée, dont on prend une goutte sur un stylet d'argent qu'on porte au contact de la muqueuse préalablement détergée. Il se forme aussitôt une eschare blanche dont la production s'accompagne de douleurs assez vives. »

Dans le *Traité des Maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales* par Lennox-Browne, traduit et annoté par le Dr Aigre, 1891, p. 275, au chapitre de la « Laryngite chronique », on lit ceci : « Les solutions astringentes trou-

vent leur emploi surtout quand la congestion siège sur les cordes vocales, les cartilages aryténoïdes et les replis inter-arytenoïdiens. Ces solutions ne devront pas être trop fortes : les plus utiles sont celles de chlorure de zinc (60 centigrammes à 1^{g},50 pour 30 grammes d'eau). »

Ziemssen conseille l'emploi du nitrate d'argent solide (! !), ou bien d'une solution de ce sel dans la proportion de 15 grammes (!) pour 30 grammes d'eau. Dans aucun cas on ne devra préférer la solution même faible de nitrate d'argent à celles de zinc, d'alun ou de fer, car le spasme violent qu'amène toujours le médicament ne fait qu'accentuer une lésion qui pour guérir demande le repos le plus absolu.

De plus, il m'a toujours semblé que des applications de nitrate d'argent sur des surfaces inflammatoires avaient pour effet de produire de l'hyperplasie ; c'est à ce point que toutes les fois que je fais l'ablation d'une amygdale qui présente une consistance fibreuse je m'informe si on n'a pas eu plusieurs fois recours à des cautérisations au nitrate d'argent, et en général les renseignements viennent confirmer mes soupçons. Mon collègue le Dr Orwin m'a raconté un fait qui vient pleinement corroborer cette manière de voir ; il s'agissait d'un malade qu'il avait vu à Budapest dans le service du Dr Irsai. C'était un homme de quarante ans qui souffrait depuis longtemps de laryngite chronique et que l'on traitait depuis trois ans par des pulvérisations dans le larynx d'une solution de nitrate d'argent à 10 °/$_{o}$; il en était résulté d'abord une coloration caractéristique de tout le corps et surtout de la figure et des mains ; mais de plus, toutes les parties constitutives du larynx s'étaient tellement hyperplasiées qu'il en résulta un rétrécissement fâcheux. C'est au point que le Dr Irsai avait dû pratiquer la trachéotomie, et faire la dilatation consécutive de la glotte au moyen des dilatateurs de Schrœtter.

Moure. — *Leçons sur les Maladies du larynx*, faites à la Faculté de Bordeaux, 1890.

P. 53. — Laryngite catarrhale aiguë : « Lorsque je pratique

des attouchements du larynx, j'ai pour habitude d'employer des solutions de chlorure de zinc à 1/100 ou 1/50. Je préfère le chlorure de zinc à cause de son action élective sur la muqueuse dénudée de son épithélium. »

P. 122. — Laryngite chronique : « Les attouchements avec solution de chlorure de zinc de 1/30 à 1/60 pourront être employés; la solution de nitrate d'argent pourra être aussi mise en usage; mais si son efficacité n'est pas plus grande que celle de la solution de chlorure de zinc, on ne doit pas oublier qu'à dose concentrée au 1/5 ou 1/10, elle peut occasionner des spasmes de la glotte. »

P. 123. — « Morell Mackenzie préfère dans les cas ordinaires la solution de chlorure de zinc qu'il fait dissoudre dans la glycérine, car cet agent de consistance plus tenace influence plus longtemps les parties malades. »

P. 202. — « A la suite de cautérisations à l'acide lactique dans un cas de phtisie laryngée, M. Masini (de Naples) a publié une série d'insuccès consécutifs à l'emploi de l'acide lactique. Un de ses malades eut un accès de suffocation dont il faillit mourir. M. Luc dut aussi, dans un cas analogue, pratiquer une trachéotomie d'urgence pour sauver sa malade. »

Dr Sajous. — *Lecture of the diseases of the nose and throat* (Philadelphie, 1885).

P. 56. — Therapeutic of the nasal cavities : « Dans mon opinion, on recommande toujours des solutions trop fortes; en les réduisant beaucoup j'ai obtenu de bien meilleurs résultats. — Zinci chloridum, gr. IIJ — ounce J. »

P. 342. — « Chloride of zinc (gr. x — ounce J) is effective when in the ulcerations give rise to much discharge, accompanied with fœtor.

» Any of these applications should be made about twice a week in chronic laryngitis. »

Maladies du pharynx, par le Dr Gottstein; traduit par le Dr Rougier; 1888, p. 105.

L'auteur préconise beaucoup le nitrate d'argent à 4/100;

au début, l'emploie chaque jour; après quatorze jours, tous les deux jours pendant quatre à six semaines.

Mackenzie préfère le chlorure de zinc 3 grammes, pour eau ou glycérine 30 grammes.

Traité de Médecine de Charcot, t. IV, 1893. — *Maladies du nez et du larynx*, par Ruault, p. 182, au chapitre des « Laryngites chroniques ».

« Dans la forme catarrhale simple, le nitrate d'argent à 1/30 ou 1/20 en solution, et les solutions faibles de chlorure de zinc en applications locales, sont utiles. »

P. 236. — Phtisie laryngée : « Certains auteurs ont recours à des topiques antiseptiques ou peu caustiques : glycérine créosotée ou phéniquée faible, chlorure de zinc, naphtol camphré. J'emploie depuis trois ans le napthol sulforiciné à 10/100 et le phénol sulforiciné à 10/100 et 40/100 que je considère comme le topique le plus efficace en pareil cas. »

Quant à moi, je ne nie pas l'efficacité de ces derniers topiques, mais je m'en tiens au chlorure de zinc qui est toujours très bien supporté sans réaction d'aucune sorte et amène dans certains cas avec une rapidité merveilleuse la cicatrisation des érosions tuberculeuses ; je viens d'en avoir encore un exemple chez un célèbre entraîneur de Chantilly : la phtisie laryngée est guérie sous l'influence de ces attouchements ; mais malheureusement la tuberculose pulmonaire progresse.

J'oubliais de vous dire que dans l'ozène j'ai obtenu de très bons résultats avec une seringue rétro-nasale que j'ai fait construire chez Mathieu et que je charge d'une solution plus ou moins concentrée de chlorure de zinc.

Le Dr Moure donne le dessin de cette pince à la page 69, chapitre du « Coryza purulent », dans son *Manuel des Maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne*, 1886 (1).

(1) La 2e édition, considérablement augmentée, a paru en 1895.

Traité pratique des Maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par Morell-Mackenzie; traduit par Moure et Berthier, 1882.

P. 31. — Catarrhe pharyngien : « Quelques applications d'un topique au chlorure de zinc sont très recommandées dans ce cas. »

P. 84. — Amygdalite : « Les applications locales d'une solution de chlorure de zinc (2 grammes sur 30) sur les amygdales enflammées, répétées deux ou trois fois par jour, sont très utiles. »

P. 173. — Angine scrofuleuse: « S'il existe de nombreuses végétations, on pourra les toucher avec une solution plus concentrée de chlorure de zinc. »

P. 376. — Laryngite catarrhale : « Dans ma pratique, les résultats d'applications de nitrate d'argent à 50 centigrammes sur 30 grammes d'eau n'ont pas été satisfaisants; j'ai vu les symptômes habituels s'aggraver *considérablement* sous leur influence, contrairement à l'avis de H. Green et de Stœrck. »

P. 398. — Laryngite chronique : « J'emploie le plus ordinairement la solution de chlorure de zinc, et pourvu que le médicament soit convenablement et assez fréquemment employé, le choix de la solution n'a qu'une importance secondaire. Pendant les sept premiers jours il faudra toucher tous les jours, et tous les deux jours pendant la deuxième et la troisième semaine, deux fois dans la quatrième, et ainsi de suite en augmentant l'intervalle jusqu'à ce que la guérison soit effectuée.

» Pour inhalations, 12 à 60 centigrammes de chlorure de zinc pour une once d'eau, trois ou quatre fois par jour pendant cinq minutes. »

Lermoyez. — *Rhinologie, Otologie et Laryngologie à Vienne* (1894).

P. 328. — « De l'avis de presque tous les laryngologistes, c'est avec la solution progressivement concentrée de nitrate d'argent qu'on vient le mieux à bout des formes simples de

la laryngite chronique. A la clinique de Schrœtter on emploie six solutions ainsi titrées : 1/40, 3/40, 6/40, 12/40, 18/40, 24/40. »

Schrœtter prétend que le spasme glottique se produit aussi bien avec des solutions faibles qu'avec des solutions fortes, car c'est le contact seul du pinceau qui le détermine.

Je ne suis pas de cet avis : ce n'est pas le pinceau, mais bien la solution qui engendre le spasme.

DE L'AMYGDALITE LACUNAIRE ULCÉREUSE AIGUE

Par le Dr **E. J. MOURE**, chargé de cours à la Faculté de Bordeaux.

Comme l'indique le titre de ce travail, mon but n'est point d'étudier ici les différentes formes d'ulcération pouvant siéger sur les amygdales buccales, mais bien d'appeler l'attention sur une lésion à peu près méconnue, ou, dans tous les cas, très mal décrite jusqu'à ce jour. C'est pour fixer un point de la pathologie amygdalienne que j'ai surtout entrepris ce travail dans lequel je tâcherai de faire un chapitre à part d'une série de lésions la plupart du temps passées inaperçues, ou souvent englobées sous des appellations variées, ainsi qu'il me sera facile de le démontrer.

I

Sans faire remonter mes recherches bibliographiques à Hippocrate ou à Galien et sans avoir la prétention d'avoir compulsé toute la littérature française et étrangère, j'ai cependant fait un assez grand nombre de recherches dans les traités de pathologie interne, dans les différents dictionnaires et dans la plupart des ouvrages spéciaux pour affirmer que la plupart des auteurs sont muets sur la question. Presque tous acceptent une classification uniforme dans laquelle les ulcères infectieux (tuberculose, syphilis,

scrofule autrefois) trouvent seuls une place marquée, à côté des ulcérations des fièvres éruptives que tous signalent également.

Sans rappeler ici les noms des nombreux auteurs dans les travaux desquels j'ai cherché en vain une description de l'ulcère simple de l'amygdale, je me bornerai à citer ceux qui semblent avoir fait quelques allusions à ce point de pathologie spéciale, ou qui ont rapporté des observations pouvant cadrer avec les faits que j'ai moi-même recueillis.

Lasègue a le premier, dans son *Traité des Angines* (Paris, 1868, p. 122 et suiv.), décrit, sous le nom d'acné simple des amygdales, de petites pustules élevées, rouges, papuleuses, miliaires. Dans une autre forme, acné pustuleux, qui ressemble fort à la maladie connue aujourd'hui sous le nom d'amygdalite caséeuse, il ajoute que la maladie évolue sans malaise et sans fièvre. L'exemple suivant rapporté par cet auteur démontre bien que ce soi-disant acné était simplement de l'amygdalite lacunaire avec amas de sécrétion caséeuse :

Observation I (rapportée par Lasègue) (1). — Le Dr N..., trente-deux ans, fils d'une mère arthritique, a été lui-même sujet à quelques douleurs articulaires. Vers la fin de l'hiver 1850-51, il fut pris d'une toux qui lui paraissait provoquée par une irritation de la glotte, et qui disparut sous l'influence de gargarismes. Au mois d'avril 1851, il éprouva une sensation de sécheresse dans le pharynx, accompagnée du besoin de ramener quelque chose au dehors, et il rejeta pour la première fois une concrétion venant de sa gorge. Divers événements de santé se succédèrent en distrayant son attention : ce fut d'abord une affection pulmonaire généralisée; plus tard, une angine inflammatoire survenue pendant que le médecin donnait des soins à un enfant affecté d'angine maligne; une atteinte de choléra, et enfin des symptômes qui firent craindre l'imminence d'une tuberculisation pulmonaire.

Le malade se décida à aller habiter le Midi. Ses forces revinrent, sa santé fut améliorée, mais il continua à expectorer des concrétions. Il évalue à la capacité d'une cuiller à café la quantité qu'il en a rejetée depuis quatre ans. En général il en rend une ou deux tous les dix jours; il a été quelquefois six semaines sans en voir paraître.

(1) *Traité des Angines*. Paris, 1868.

La consistance et le point d'origine des concrétions sont variables. Elles sont tantôt calculeuses, tantôt plus molles, sans odeur, verdâtres, et brunissant à l'air. La plupart de ces concrétions proviennent des lacunes tonsillaires, au dire du malade, qui n'a pu s'en rendre qu'un compte imparfait; d'autres des glandules pharyngiennes, au milieu desquelles elles commencent à faire saillie sous forme d'un point jaunâtre, avant de se détacher. Quand elles sont rejetées au dehors, elles laissent au centre des glandules une dépression qui marque la place qu'elles occupaient. Elles contiennent, outre une certaine proportion de matière organique, du phosphate et du carbonate de chaux.

Un peu plus tard, Trousseau signale dans ses *Cliniques* (1) une gangrène primitive des amygdales offrant quelques analogies avec l'affection que nous étudions ici, mais s'en éloignant par la gravité exceptionnelle du pronostic. Cette gangrène est caractérisée par la présence sur les amygdales de plaques grises, noirâtres, circonscrites par des bords taillés à pic et jaunâtres. Lorsque l'eschare est tombée, soit spontanément, soit sous l'influence de cautérisations, elle laisse bien à sa place une ulcération, qui peut d'après Trousseau rester limitée, mais qui dans d'autres cas, s'étend aux parties voisines, au voile du palais, luette, pharynx et même au larynx.

Mais la muqueuse entourant les parties sphacélées est rouge, livide et souvent œdémateuse, l'haleine caractéristique par sa fétidité. Les ganglions cervicaux sont ici engorgés dans la plupart des cas et les symptômes généraux sont d'une extrême gravité, au point que la mort est très souvent la terminaison de cette maladie, dont Trousseau rapporte du reste un exemple typique observé avec le Dr Millard. Or cette série de troubles fonctionnels et locaux s'éloigne singulièrement du type auquel se rapportent nos différentes observations.

Nous pourrions rapprocher de ces faits les cas de Ramon de la Sota (de Séville), ayant trait également à la gangrène

(1) *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1877, t. I, p. 420.

primitive et localisée des amygdales, que nous devons nous borner à résumer ici :

Dans le premier cas (1) il s'agit d'un maçon vigoureux, sans antécédents pathologiques généraux ou locaux, qui ressentit un jour des élancements dans l'amygdale gauche, contre lesquels il fit des gargarismes anodins. Lorsqu'il se présente pour la première fois, son aspect extérieur est excellent; toutefois l'haleine est fétide ; les dents sont saines, ainsi que les joues et les lèvres, le voile, les piliers et l'amygdale droite. Seule l'amygdale gauche est volumineuse, d'un rouge sombre, noire par places; sa surface est mamelonnée. Le stylet pénètre facilement dans le tissu glandulaire qui se déchire aisément. Le diagnostic fut : gangrène primitive de l'amygdale ; le traitement local antiseptique et le régime général tonique furent institués.

Au bout d'un mois tout allait pour le mieux et le malade disparut, pour revenir quelques mois après, très amaigri, cachectisé. Des lésions amygdaliennes avaient reparu, plus étendues que la première fois, et malgré le traitement le malade succomba dans le marasme, terrassé par son mal qui avait envahi la bouche et le pharynx.

Le deuxième fait est relatif à une dame de trente-deux ans, atteinte de la même affection, qui succomba à une hémorragie foudroyante, consécutive à une incision locale faite dans le but de la soulager; incision dont les bords se sphacélèrent en quelques jours.

Dans le troisième cas, concernant une femme de trente-six ans, les lésions étaient plus diffuses et rappelaient ce que l'on connaît sur cette gangrène locale, qui n'a rien de commun avec l'ulcère que nous étudions ici.

Dans son travail inaugural sur l'angine ulcéreuse de nature scrofuleuse (2), M. Faugère ne fait aucune allusion à ces lésions isolées, et lorsqu'il décrit les altérations de la soi-

(1) « Tres casos de angina gangrenosa primitiva » (*Arch. internac. de Laringol.*, nos 8 et 9, mai-juin 1891, 2e année).

(2) Thèse de Paris 1871.

disant scrofule, il a bien soin d'affirmer (p. 52) que les amygdales sont toujours les dernières atteintes dans ces cas.

De même, M. Homolle (1), dans son étude bien connue sur les scrofulides graves des muqueuses, ne parle point non plus de ces altérations tonsillaires, bien qu'il cite dans ses observations (p. 224) un fait qu'il intitule : « Ulcération de nature incertaine, probablement scrofuleuse, de l'excavation amygdalienne », qu'il cherche à classer sous l'étiquette de scrofule. M. le Dr Natier l'a plus tard résumé dans son travail sur les gommes des amygdales (2), comme pouvant être un exemple de ces dernières lésions. Voici du reste le cas publié par M. Homolle, que nous reproduisons in extenso, afin de ne rien lui enlever de sa valeur :

Obs. II. — *Ulcération de nature incertaine, probablement scrofuleuse, de l'excavation amygdalienne.* — L..., vingt-huit ans, garçon de café, salle Saint-Charles, nº 10, à la Charité (service de M. Damaschino, suppléant M. le Prof. Sée, juillet-septembre 1874).

Homme de constitution moyenne, fils de poitrinaire, mais n'ayant eu personnellement aucun accident spécifique. Il a eu une chaudepisse de deux mois, à la vérité, mais ne semble avoir présenté aucune manifestation syphilitique.

Au mois d'avril de cette année, le malade souffre pour la première fois de la gorge; cette angine s'accompagne de quelques phénomènes fébriles et de toux.

En mai, la toux est plus fréquente, et le malade doit suspendre son travail; en même temps, la douleur angineuse a augmenté d'intensité, elle s'exagère par la déglutition, surtout lorsque le malade avale du vin auquel il a été obligé de renoncer depuis trois semaines.

Depuis six semaines, la voix est nasonnée, la salivation est très abondante; jamais il n'y a eu d'expuition sanglante.

Quand le malade quitta son ouvrage, le 12 ou le 14 mai, le médecin qui le vit reconnut une ulcération de l'amygdale beaucoup plus petite que celle qui existe actuellement. Des cautérisations furent faites à plusieurs reprises; le malade fut mis au traitement antisyphilitique, mais il continua de fumer.

Etat actuel. — Outre les symptômes fonctionnels déjà indiqués, il

(1) Thèse de Paris 1875.

(2) Natier : *Annales de la Policlinique de Paris*, 5 novembre 1890, p. 123.

s'est produit depuis peu de jours des douleurs vives, occupant l'oreille et la tempe gauches, empêchant le sommeil. L'ouïe est bonne dans l'intervalle des exacerbations douloureuses, s'affaiblit beaucoup pendant leur durée. Pour la première fois les boissons reviennent par le nez le 15 ou 16 juin. L'odorat est diminué; le goût est presque perdu; la sensibilité au contact est très peu accusée.

Tout l'isthme offre une teinte rosée assez vive. L'excavation du côté gauche offre, à sa partie supérieure, une saillie un peu inégale, constituée par l'amygdale dont les follicules dilatés renferment en trois points des dépôts caséeux. L'amygdale est brusquement coupée par une ulcération qui occupe toute l'excavation dans sa partie inférieure et descend vers l'épiglotte. Cette perte de substance, profonde, franchement taillée, a un fond pulpeux, d'un gris jaunâtre égal, sans bosselure; on n'aperçoit pas nettement le pilier postérieur derrière l'ulcération.

Traitement : Sirop d'iodure de fer ioduré (iodure de potassium, 5 grammes pour 250 grammes de sirop). Injections avec la solution d'encalyptol, 1 gramme dans 100 grammes d'eau alcoolisée.

Les premières nuits passées à l'hôpital sont mauvaises; mais au bout de quelques jours, il y a une amélioration notable; on voit le pilier postérieur comme une petite colonne grisâtre qui, par sa couleur, tranche sur le fond du pharynx, mais se distingue mal du fond de l'excavation. Celle-ci est encore grise et pulpeuse, mais on y reconnaît quelques rares bourgeons, d'une coloration rosée.

L'épiglotte, d'un rose vif, luisante, n'est pas notablement déformée; les cordes vocales, bien mobiles, semblent un peu épaissies.

27 juillet. — L'ulcération est moins uniformément grise et pulpeuse; des bourgeons plus nombreux se montrent çà et là.

7 août. — Amélioration considérable; on pourrait presque déjà dire guérison; la moitié droite de l'isthme est moins tuméfiée, mais présente encore un certain degré de fermeté au doigt. La muqueuse présente une teinte générale rose violacé, pâle.

L'ulcère est détergé, sauf dans un point au fond de l'excavation où reste un peu d'enduit pulpeux.

L'amygdale paraît creusée d'une grande lacune; c'est le vestige très rétréci de la perte de substance aujourd'hui détergée.

On aperçoit le pilier postérieur un peu mamelonné adhérent au fond du pharynx avec lequel il se confond.

Les douleurs ont cessé, la déglutition se fait bien; la voix reste un peu nasonnée; depuis quelques jours, la malade a de l'acné et de l'enchifrènement iodiques.

Dans cet état d'amélioration considérable, le malade quitte alors l'hôpital.

Huit jours après sa sortie, se développent sur le cuir chevelu, puis sur divers points du corps (épaules, épigastre, face interne et partie supérieure des cuisses), des boutons gros comme des lentilles au plus, qui suppurent et se recouvrent de croûtes brunes ayant à la tête au moins tout à fait l'aspect de l'impétigo.

Quelques jours plus tard, la gorge redevenait douloureuse et les amygdales se tuméfiaient comme dans une angine aiguë. A la face interne de l'amygdale droite tuméfiée, on voit une ulcération allongée de haut en bas, peu profonde, pulpeuse, d'un blanc jaunâtre. Sur le fond du pharynx se distinguent plusieurs éminences ou granulations du volume d'un gros grain de millet, rouges à leur base, jaunâtres et pulpeuses à leur sommet.

« L'impression que m'avait laissée ce cas, pendant le premier séjour du malade, était qu'il s'agissait probablement d'une ulcération, primitivement provoquée par la rétention du produit de sécrétion d'un follicule, puis entretenue et aggravée par des cautérisations répétées ; mais le retour des accidents peu de temps après la lésion première, conduit à supposer une influence constitutionnelle, probablement de nature scrofuleuse. »

La lésion qui précède offre bien quelques points de ressemblance avec l'ulcère que nous étudions, mais elle s'en éloigne considérablement par son aspect et surtout par sa marche qui est plutôt celle d'une lésion syphilitique, très probablement tertiaire.

Morell Mackenzie, dans son *Traité des Maladies du pharynx et du larynx* (1), étudie sous le nom d'*ulcération de la gorge* une affection qui se rencontre, dit-il, chez les personnes affaiblies ou exposées à des poisons septiques. Les étudiants qui suivent assidûment la pratique hospitalière et qui consacrent une grande partie de leur temps aux exercices de dissection sont, ajoute cet auteur, particulièrement sujets à cette forme d'affection à laquelle les Allemands ont donné le nom d'*angina nosocomii*.

Parmi les symptômes, Morell-Mackenzie signale la faiblesse

(1) Traduit par E. J. Moure et F. Berthier, p 42. Paris, 1882.

du pouls, l'hypothermie, une lassitude générale, en un mot un ensemble de troubles de la nutrition que nous n'avons pas rencontré chez nos malades. A l'examen on trouve dans ces cas une série de petites ulcérations n'ayant pas de tendance à devenir confluentes et variant comme étendue d'un grain de millet à une pièce de 1 franc. Nous verrons un peu plus tard que ce n'est pas tout à fait la forme ulcéreuse dont il est question dans ce travail.

La variété d'amygdalite à laquelle l'auteur anglais fait allusion rentre dans le cadre des symptômes locaux d'une maladie générale infectieuse, telle que la fièvre typhoïde ou toute autre affection de ce genre. Ces sortes de lésions ont une certaine analogie avec celles que l'on observe dans le cours, ou la convalescence de quelques fièvres éruptives à formes graves.

En 1886 M. R. Filloux, dans sa thèse sur les ulcérations des amygdales, décrit (p. 9) des pertes de substance consécutives aux amygdalites aiguës qu'il compare aux ulcérations folliculaires de Forster : « Elles sont, dit-il, petites, superficielles et précédées des symptômes classiques de l'inflammation aiguë des tonsilles. » Puis il signale chemin faisant les ulcérations typiques par nécrobiose des follicules à la suite de coagulation veineuse ou d'endartérite ; un peu plus loin il parle des ulcères de la variole et de la scarlatine avec les enduits pultacés qui les accompagnent. Tous ces différents symptômes typiques ne sauraient, ainsi que nous l'avons déjà dit, entrer dans le cadre que nous allons essayer de tracer.

Un peu plus loin (p. 13), le même auteur, étudiant les ulcérations consécutives aux amygdalites phlegmoneuses, s'exprime en ces termes :

« Dans certains cas, l'amygdalite suppurée ne succède pas à une amygdalite aiguë franche. Il s'est formé dans l'amygdale un abcès, et cela d'une façon lente, en quinze jours à trois semaines. Ce fait arrive, comme dans notre observation, chez des personnes qui ont une grosse amygdale, atteinte d'amygdalite chronique ; chez des scrofuleux.

L'abcès s'ouvre à l'extérieur et, en même temps, à l'orifice de l'abcès, il tombe une sorte de bourbillon qui, après la chute, laisse une ulcération large, plutôt plate, à bords irréguliers, nets, bien découpés. Cette ulcération est remplie par un détritus pulpeux, très peu cohérent. Cette ulcération détergée laisse voir le fond, formé par des bourgeons charnus.

» Cette ulcération, plus longue que l'ulcération précédente, dure un certain temps et n'arrive pas aussi rapidement à la cicatrisation. C'est, en un mot, une amygdalite suppurée subaiguë qui s'établit à la sourdine chez des personnes porteurs d'une amygdalite chronique et qui présentent tous les attributs de la scrofule. L'abcès laisse à sa suite une ulcération qui ne présente point de tendance à la cicatrisation rapide. Cette ulcération est un mélange de phlegmon et de gangrène superficielle. C'est, en un mot, une ulcération scrofuleuse.

» L'ulcération peut venir à la suite de la chute d'une eschare; c'est alors l'angine gangréneuse. On voit alors, en un point de l'amygdale, une eschare noirâtre se détacher et, après sa chute, rester une ulcération dont la forme et l'étendue varient suivant l'eschare qui l'a produite. Elle ne présente point de caractères spéciaux une fois que l'eschare est tombée, sinon peut-être qu'elle peut affecter toutes les formes.

» Le fond de l'ulcération est granuleux; il est, en général, recouvert d'un détritus pulpeux grisâtre qui se laisse facilement enlever.

» L'ulcération gangréneuse se cicatrise lentement, par suite de la nature même de l'inflammation qui l'a produite. »

A l'appui de cette description, qui se rapproche du reste par certains points de celle que nous allons essayer de faire, M. Filloux rapporte une observation intéressante que nous croyons devoir rapporter in extenso. C'est à peu près le seul fait que nous ayons trouvé dans ce genre, et encore n'oserais-je pas affirmer qu'il ne s'est pas réellement agi

dans ce cas d'un véritable chancre amygdalien, ainsi que sembleraient l'indiquer et la longue durée de la maladie et l'adénopathie sous-maxillaire spéciale présentée par le malade.

Obs. III (Thèse de M. Filloux, Paris 1886). — *Amygdalite phlegmoneuse prise pour un chancre induré.* — Le nommé J..., âgé de vingt-un ans; entré le 28 décembre 1885, salle Saint-Landry, nº 31 (bis), à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Prof. Richet.

Il se présente pour un mal de gorge. A son entrée, on constate l'existence d'une ulcération sur l'amygdale gauche. Ce jeune homme offre tous les attributs de la diathèse scrofuleuse (cicatrices au cou, blépharite ciliaire). Il n'a jamais contracté ni syphilis ni blennorragie.

L'ulcération de l'amygdale date de trois semaines. Le malade dit que, depuis son jeune âge, il a été sujet aux maladies de l'amygdale et de la gorge en général.

On voit, en effet, l'autre amygdale augmentée légèrement de volume, faisant saillie dans l'orifice de l'isthme du gosier. Son affection a débuté, vers la fin de novembre, par un mal de gorge qui s'est établi lentement, insidieusement. Aucun symptôme d'angine aiguë (ni fièvre, ni embarras gastrique). Peu à peu la déglutition est devenue pénible.

Il a consulté différents médecins, qui, dit-il, lui ont cautérisé à plusieurs reprises l'amygdale gauche.

N'éprouvant aucune amélioration, s'apercevant, de plus, que l'adénopathie sous-maxillaire apparaissait, il entre le 28 décembre 1885.

On constata les symptômes suivants :

L'amygdale droite, saine, offrait cependant une légère augmentation de volume.

Au contraire, sur l'amygdale gauche on apercevait une ulcération ovalaire à grand axe, suivant l'axe de la bouche, avec deux extrémités effilées. Cette ulcération avait des bords nets, bien tranchés, présentant une certaine induration au toucher. Cette induration existait aussi sous le fond de l'ulcération. Mais elle ne s'étendait point loin des bords, de sorte que l'amygdale n'était pas indurée en masse.

Le fond était recouvert d'un détritus pulpeux grisâtre, que l'on enlevait assez facilement à l'aide du pinceau. Ce détritus enlevé, on voyait alors le fond, formé de granulations fines; cette surface était un peu pâle, blafarde, ne saignant point par l'attouchement.

Outre ces symptômes d'ulcération, le malade présentait une adénopathie sous-maxillaire : les ganglions étaient indurés, augmentés de volume, et non douloureux ; deux seuls étaient pris. En outre il se plaignait de gêne à la déglutition, surtout quand le bol alimentaire traversait l'isthme du gosier. Quelques douleurs légères, que l'on provoquait par la pression sur l'ulcération.

Devant cet état de l'ulcération, on pensa d'abord à un chancre induré de l'amygdale.

Le début insidieux, la longue durée de l'ulcération, l'absence de symptômes d'angine phlegmoneuse, l'induration faible de l'amygdale autour de l'ulcération, l'adénopathie légère, faisaient pencher vers l'opinion de chancre induré. Cependant, après l'avoir bien examiné, M. le Prof. Richet, s'appuyant sur la dénégation formelle du malade au sujet d'une contagion possible, devant l'hypertrophie légère de l'autre amygdale, le peu d'induration qui existait autour de l'ulcération, l'adénopathie très légère, et formée de ganglions assez volumineux, quoique indurés, pensa à une ulcération due à un abcès superficiel de l'amygdale, accompagné d'une modification légère de la surface. C'était une ulcération phlegmono-gangréneuse, survenue chez un strumeux.

Le traitement suivant fut ordonné : toucher la surface de l'ulcération tous les jours à l'aide d'un pinceau trempé dans le sublimé.

Nous avons suivi ce malade pendant huit jours et le malade sortit de l'hôpital le 19 janvier sur sa demande. A cette époque, nous constatâmes que l'ulcération n'existait plus, pour ainsi dire; il y avait encore une légère ulcération de la surface.

Le 21 décembre 1888, sous le nom d'ulcération de l'amygdale, le Prof. J. Schnitzler communiqua à la Société de Médecine de Vienne un cas de lymphosarcome, qui ne ressemble en rien aux ulcérations que nous étudions ici.

Enfin plus récemment M. le Prof. Fournier, dans une leçon sur le chancre amygdalien (1), dit à propos du diagnostic différentiel (§ V) : « Enfin je signalerai, comme susceptible de simuler le chancre de l'amygdale, une affection encore peu connue et non classique appelée quant à présent, faute d'une appellation meilleure, amygdalite lacunaire, laquelle consiste en ulcérations d'origine indétermi-

(1) *Bulletin médical*, 3 fév. 1895.

née qui se produisent sur les amygdales. Quand ces ulcérations sont remarquablement profondes, elles simulent des gommes; si elles sont moins profondes, elles peuvent prendre absolument l'aspect du chancre. » En ces quelques lignes le professeur de Saint-Louis montre d'une part qu'il connaît ces ulcérations dites lacunaires; mais d'un autre côté il avoue qu'elles sont mal connues et nullement décrites dans les livres classiques, ainsi que nous l'avons déjà dit au début de ce travail.

C'est en effet cette forme particulière et spéciale de pertes de substance que nous voulons étudier ici à propos de plusieurs cas, rencontrés dans notre pratique dans le courant de la dernière année scolaire et cette année encore.

Le premier fait, qui nous a mis sur la voie de ce diagnostic, remonte déjà à trois ans; il est relatif à un étudiant en médecine. Nous croyons devoir le reproduire ici, car il est assez instructif par les hésitations qu'il nous a causées et le résultat pratique qui en est résulté pour nous. L'observation a été rédigée par le malade lui-même, qui est devenu aujourd'hui un médecin de la marine.

Obs. IV (personnelle). — *Ulcération catarrhale de l'amygdale droite.* — X..., vingt-un ans, élève à l'Ecole de santé navale. Antécédents héréditaires fortement arthritiques et herpétiques. Pas de tuberculose ni de syphilis.

A signaler seulement comme antécédents personnels, vers l'âge de seize ans des migraines tenaces, qui après avoir été pendant sept à huit mois rebelles à tout traitement, ont disparu d'elles-mêmes.

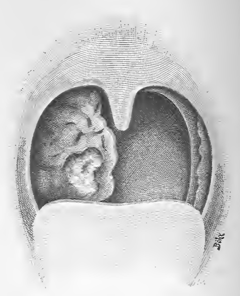
X... fume modérément, mais il a toujours un peu de pharyngite et de granulations.

Un matin du mois de juin 1892, il ressent une gêne plutôt qu'une douleur, se produisant dans la gorge à l'occasion des mouvements de déglutition. Après avoir constaté lui-même que son amygdale droite était le siège d'une ulcération, il se présente à la visite.

Le médecin de service, le Dr Vergniaud, l'examina longuement, et lui demanda s'il n'avait pas eu de syphilis. Mais devant ses réponses nettement négatives il l'engagea à se présenter à la clinique de laryngologie du Dr Moure.

Ce dernier put alors constater sur la partie supérieure de l'amyg-

dale, immédiatement derrière le pilier antérieur du voile du palais, une ulcération recouverte d'enduit pultacé blanchâtre. Cet enduit peu adhérent se laisse facilement enlever et permet de voir une perte de substance arrondie à orifice tourné en haut, d'un diamètre de 6 ou 7 millimètres. De plus, l'introduction d'un stylet — qui n'est du reste pas douloureuse — montre qu'elle mesure environ un centimètre de profondeur, et ses bords sont nettement taillés à pic. Le reste de l'amygdale est très peu enflammé, sans tuméfaction appréciable. L'amygdale gauche et le pharynx, le voile et ses piliers, sont sains. Pas de ganglions sous-maxillaires.



Le Dr Moure pensa alors à une ulcération syphilitique tertiaire; et bien qu'il n'ait pas formellement posé son diagnostic, X..., comprenant de quoi il s'agissait, proteste énergiquement et affirme ne pas avoir de syphilis. D'un autre côté, un examen aussi minutieux que possible semble devoir permettre d'écarter toute hypothèse de syphilis héréditaire. Aussi le traitement spécifique n'est-il pas institué et le Dr Moure se borne à prescrire un collutoire avec :

Iode	ãã	50 centigr.
Acide phénique...	ãã	50 centigr.
Iodure de potassium...		1 gramme.
Glycérine...........		50 —

et des gargarismes avec la même solution étendue.

Sous l'influence de ce traitement, l'aspect de l'ulcération se modifie rapidement. Le lendemain elle n'est plus recouverte d'un enduit blanchâtre, mais elle est toujours béante.

En peu de jours elle diminue d'étendue et au bout de six jours, elle a à peu près complètement disparu.

Aujourd'hui, c'est-à-dire après trois ans bientôt, on reconnaît encore

la place où elle a siégé, car elle a laissé une petite excavation, mais il ne s'est jamais produit de nouvel ulcère.

Depuis, aucun accident analogue ne s'est manifesté sur d'autres points des amygdales.

En présence de la cicatrisation rapide de cette lésion qui ressemblait à beaucoup d'autres de ce genre que j'avais toujours considérées, jusqu'à cette date, comme étant de nature syphilitique et que j'avais cru guérir par le traitement mixte, *alors qu'elles guérissaient malgré lui*, je pensai qu'il y avait là une altération amygdalienne encore mal étudiée et sur laquelle il était nécessaire d'acquérir quelques connaissances plus exactes.

A dater de cette époque, je notai avec soin tous les cas analogues, recueillant non seulement les symptômes cliniques qui se ressemblaient tous, mais dans bien des cas enlevant à l'emporte-pièce presque la totalité de l'ulcère, afin d'en faire pratiquer l'examen bactériologique et microscopique, que je rapporterai un peu plus loin, afin de pouvoir mieux déterminer la nature de la maladie.

II

Symptomes. Diagnostic. — Ainsi qu'il est facile de le voir par l'exposé des quelques observations qui accompagnent ce travail, ces sortes de lésions ne s'accompagnent pas habituellement de réaction fébrile générale bien marquée; le plus souvent même, le début est insidieux, passant à peu près inaperçu. Et lorsque le malade éprouve les premiers troubles de la déglutition, gêne ou douleur, la lésion est déjà constituée. Ce qui fait que l'on a bien rarement l'occasion d'assister tout à fait au début de l'ulcération et de se rendre compte si la pathogénie que nous supposons est absolument exacte.

Lorsque le malade vient consulter, on constate généralement sur l'une des amygdales, quelquefois sur les deux en même temps (Voir observat. VI), une ulcération grisâtre recouverte d'un magma caséeux s'enlevant très facilement

avec le porte-ouate, et laissant à nu une surface sanieuse, mamelonnée, rougeâtre, formée de petites fongosités, quelquefois même de véritables excroissances polypoïdes, comme dans l'exemple dont nous reproduisons ici l'image. Les bords de l'ulcère sont très nets, rouges, enflammés, taillés à pic *sans être très notablement tuméfiés,* et le reste de la glande amygdalienne ne paraît pas enflammé; elle n'est que peu ou pas augmentée de volume. Il s'agit là d'une lésion purement locale, n'affectant qu'une partie de la tonsille, semblant évoluer dans une ou plusieurs cryptes sans retentir sur les parties voisines. Au premier aspect on songerait à une cautérisation faite avec la pointe thermique dans un espace très limité, au moment où l'eschare va se détacher, c'est-à-dire trois ou quatre jours après la cautérisation. Bien plus, la cicatrisation marche de la même manière et la perte de substance qui résulte de cette lésion ressemble à s'y méprendre à celle que laisse après elle l'ignipuncture localisée.

J'ai déjà insisté sur l'absence d'inflammation périphérique; j'ajouterai cependant que très souvent la langue est un peu saburrale, l'haleine un peu forte, sans être absolument fétide. Il n'est pas rare de trouver sur une même amygdale deux ulcérations ou même trois qui sont alors séparées par des portions glandulaires à peine enflammées. Ces ulcères évoluent chacun séparément sans avoir aucune tendance à se réunir; souvent même ils sont à des stades différents de leur évolution, car l'un est presque guéri, lorsque l'autre est en pleine évolution. Il ne s'agit pas dans ces cas de petites ulcérations cupuliformes presque microscopiques, comme on en a décrit dans l'amygdalite lacunaire aiguë, mais bien de larges pertes de substance pouvant atteindre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et même davantage. Leur forme me paraît être absolument variables, mais généralement, bien que les bords en soient frangés et irréguliers, l'ensemble de la lésion affecte une forme plus ou moins ovalaire ou arrondie, comme si elle avait été faite à l'emporte-pièce sur un tissu

un peu mou se laissant plutôt écraser que sectionner franchement. L'ulcère est toujours assez profond et nous l'avons vu dans quelques cas aller presque jusqu'au fond de la loge amygdalienne. Les piliers sont presque toujours restés intacts dans les cas que nous avons observés. Cependant ils peuvent être très légèrement rouges et infiltrés si la glande ulcérée est peu volumineuse et adhérente au pilier (encapuchonnée). Bien qu'il s'agisse d'une lésion locale, les malades sont ordinairement fatigués, et plus ou moins anémiés; mais on observe peu de fièvre ou d'autres symptômes généraux.

La tuméfaction des ganglions sous-maxillaires est généralement nulle; cependant elle existe quelquefois, et dans ces cas les ganglions engorgés sont en petit nombre, un ou deux, et douloureux au toucher. Souvent même la pression extérieure sur le point du cou correspondant à l'amygdale réveille une douleur assez vive. Ces troubles fonctionnels sont en général passagers et ne s'observent que pendant la formation de l'ulcère, pour disparaître graduellement avec lui.

Ainsi qu'il est facile d'en juger par les quelques observations qui accompagnent ce travail, il s'agit ici d'une lésion absolument bénigne et éphémère, évoluant presque d'elle-même en l'espace de quelques jours, comme une véritable affection aiguë. Bien que les récidives soient possibles, elles ne nous semblent pas être la règle, car nous n'avons eu l'occasion de constater un retour offensif qu'une seule fois, et cela quelques mois après la première atteinte et sur l'amygdale opposée.

Ce que nous venons de dire de ces sortes d'ulcérations semblerait devoir nous dispenser d'insister sur leur diagnostic différentiel; mais elles sont encore si mal connues et ont été si souvent englobées sous d'autres dénominations que nous ne pouvons nous dispenser de les différencier et du chancre amygdalien et des gommes ulcérées de cette région.

Je ne puis en effet établir le moindre parallèle entre ces pertes de substance et la tuberculose aiguë des amygdales, car ces deux sortes de lésions n'ont entre elles aucune espèce

de ressemblance. Je n'ai rien vu dans ma pratique ni rien trouvé dans les travaux publiés sur ces différents sujets et en particulier dans la thèse de Barth (1) qui ressemblât même de loin à l'affection qui nous occupe en ce moment.

L'ulcération lupique (tuberculose chronique) offre, dans quelques cas, une certaine ressemblance avec la lésion que nous décrivons ici ; mais outre que le lupus ne se cantonne pas à un point précis du tissu amygdalien, que les bords sont toujours plus ou moins rouges et infiltrés, les contours de la perte de substance sont moins nets, cette dernière est recouverte de bourgeons rosés qui se perdent peu à peu sur les bords. La marche est lente, insidieuse et se faisant par poussées successives, la durée toujours assez longue, souvent plusieurs mois. En outre le lupus *primitif et isolé* de l'amygdale est assez rare, si on s'en rapporte aux quelques faits publiés dans la science.

J'en observe précisément un cas en ce moment qui sera publié par un de mes élèves dans son travail inaugural parallèlement avec plusieurs cas inédits d'amygdalite lacunaire ulcéreuse.

De même j'élimine d'emblée l'idée de cancroïde ou autre tumeur maligne de l'amygdale dont les caractères macroscopiques et surtout l'évolution ne peuvent en rien être comparés avec ceux de cet ulcère aigu.

Les amygdalites à fausses membranes ou herpétiques, et en un mot, les angines inflammatoires aiguës, ont des caractères trop tranchés pour permettre la moindre confusion avec cette lésion purement locale dont nous rapportons plusieurs exemples.

Le chancre amygdalien lui-même, sur lequel les professeurs Fournier (2) et Dieulafoy (3) viennent tout récemment d'appeler à nouveau l'attention et dont on trouvera de nombreux exemples dans la thèse de M. Pivaudran (4), ne

(1) Thèse de Paris, 1880.
(2) *Bulletin médical*, 1895.
(3) *Sem. méd.*, 1895.
(4) Thèse de Paris, 1884.

ressemble que de très loin à l'ulcération simple; les signes d'infection locale sont ici des plus nets, tout le tissu amygdalien est rouge et tuméfié, le voile du palais, le pilier antérieur, participent très souvent au processus infectieux. La voix est empâtée, les ganglions sous-maxillaires fortement engorgés avec *toutes les apparences qui les caractérisent dans ces cas*. D'un autre côté, le chancre de l'amygdale dure assez longtemps, souvent plusieurs semaines. Il suffit d'en avoir vu un pour ne jamais songer à le confondre avec aucune autre altération de cette même région; sans parler de l'évolution ultérieure des accidents syphilitiques qui dans un cas douteux viendrait mettre la véritable étiquette à la lésion constatée.

Je passe sous silence les plaques muqueuses, qui, même chez les fumeurs, sont toujours plus diffuses, plus superficielles, plus saillantes et plus tenaces que la lésion observée chez nos malades.

Les gommes ulcérées sont peut-être de toutes les affections amygdaliennes celles qui pourraient avoir le plus de ressemblance avec l'affection qui nous occupe; c'est toujours à elles que je songeais autrefois, alors que je connaissais mal ou même pas du tout ces ulcérations transitoires.

La gomme ulcérée se présente en effet sous la forme d'une perte de substance déchiquetée avec enduit jaunâtre, bourbillonneux, laissant au dessous de lui une surface sanieuse, rougeâtre et fongueuse; mais la caractéristique de l'ulcère gommeux est de ne pas se cantonner au centre du tissu amygdalien, mais bien au contraire de débuter en général sur ses bords, en avant ou en arrière, en bas ou en haut, de telle sorte qu'il envahit très rapidement soit les piliers, le voile, le pharynx ou la base de la langue, pour de là s'étendre en largeur et en profondeur (1). La syphilis tertiaire de l'arrière-gorge abandonnée à elle-même gagne en largeur et en profondeur, produisant de vastes délabre-

(1) Voir le travail du Dr Natier sur les gommes des amygdales (*loc. cit.*, nos 3 et 4).

ments qui laissent après eux les synéchies cicatricielles que tout le monde connaît. Les bords de l'ulcère syphilitique sont toujours plus ou moins rouges, enflammés et infiltrés, ce qui n'existe jamais dans les formes ulcéreuses simples.

Ce sont là à mon sens des caractères distinctifs très nets, auxquels on peut encore ajouter la marche plus lente et par conséquent la durée plus longue de la gomme ; sans parler de sa forme irrégulière, et quelquefois des antécédents du malade qui peuvent fixer sur la cause possible du mal. L'âge des patients sera encore un élément de diagnostic dont il faudra tenir compte : l'ulcère gommeux est fréquent au dessus de trente ans ; celui de l'amygdalite lacunaire est plus fréquent de dix-huit à vingt-cinq ans.

Enfin cette dernière débute comme une angine *a frigore*; la gomme procède plus sournoisement et avec plus de lenteur.

III

Etiologie. Pathogénie. — L'affection que nous étudions ici nous semble avoir été plus fréquente au printemps et à l'automne, et s'il faut s'en rapporter à mes observations, on l'observerait surtout chez les jeunes gens de vingt à trente ans.

Je ne l'ai jamais rencontrée chez des enfants, qui n'ont du reste aucune raison pour être épargnés ; jamais non plus je ne l'ai vue se produire chez des adultes au dessus de l'âge de quarante ans. Cette rareté relative à partir de cet âge trouve une explication assez naturelle dans la transformation fibreuse que subit le tissu des amygdales à ce moment, ce qui le rend moins sensible aux inflammations aiguës.

On trouvera plus loin que plusieurs de mes observations concernent des étudiants en médecine de deuxième et troisième année. C'est certainement là une pure coïncidence, à moins d'admettre que leur séjour à l'hôpital ou dans des milieux plus ou moins infectés puisse devenir la source de ce processus local qui s'observe évidemment de préfé-

rence chez les sujets un peu débilités ou fatigués; à la suite du moindre refroidissement. C'est ainsi qu'assez souvent nous avons vu cette inflammation locale accompagner l'évolution d'une dent de sagesse qui sortait avec difficulté de son alvéole. D'autres fois, c'est à la suite d'une fatigue excessive, voire même de l'influenza, que nous avons vu la maladie se développer. Chose assez extraordinaire, au moins en apparence, jamais aucun de nos malades n'a été atteint deux fois de cette amygdalite ulcéreuse localisée.

Quelques-uns de nos malades, mais pas tous, offraient ce type d'amygdales décrit sous le nom de lacunaires; souvent même les lacunes étaient nombreuses et profondes sur l'amygdale opposée; souvent aussi les glandes étaient développées au point de mériter l'épithète d'hypertrophiées. Toutefois nous avons rencontré ces lésions chez des sujets porteurs de tonsilles peu volumineuses, débordant à peine les piliers antérieurs.

Il n'est certainement pas douteux que le processus ulcéreux auquel nous faisons allusion soit d'origine microbienne, et cependant sur plusieurs coupes colorées par la méthode de Gramm et celle de Weigert, on n'a pu au laboratoire d'anatomie pathologique de Bordeaux déceler l'existence d'aucun microorganisme.

Nous répéterons en effet avec MM. Legendre et A.-P. Claisse (1) : « Les amygdalites, maladies toujours infectieuses, peuvent être sous la dépendance des microbes les plus divers, et l'aspect objectif ne permet guère, sauf peut-être dans la diphtérie, de présumer dans chaque cas l'agent pathogène (streptocoque, staphylocoque, pneumocoque). » On sait du reste combien il est difficile parfois d'isoler dans la bouche les agents pathogènes qui y vivent normalement et n'ont pas l'air de s'y trouver trop mal tant que l'occasion de s'y développer outre mesure ne leur est pas fournie, soit par le moins de résistance des sujets, soit par une irritation locale variable.

(1) Soc. méd. des Hôp. de Paris, 8 janv. 1892, et *Bull. méd.*, 1892, p. 26.

Tout en admettant donc la nature microbienne de l'ulcération amygdalienne, nous pensons qu'il faut en rechercher la cause dans l'inflammation aiguë des cryptes elles-mêmes dont les produits desquamatifs trop rapidement exsudés ne peuvent s'éliminer rapidement au dehors. Il en résulte une surdilatation d'une ou de plusieurs lacunes dont les parois arrivent ainsi à se rompre au point de se confondre en une seule cavité anfractueuse remplie de détritus épidermiques et de follicules déformés qui usent à leur tour assez vite la couche de tissu sain qui les sépare de l'extérieur tout comme le ferait un abcès ; puis une fois cette mince membrane ouverte, l'ulcère est alors constitué, cratériforme avec ses bords frangés, sans trace de véritable inflammation diffuse, et sans grand apparat symptomatique.

C'est en somme l'exagération de ce que MM. Sokolowski et Dmochowski (de Varsovie) ont étudié (1) (t. V, p. 17, 1892) dans leur travail sur les processus tonsillaires inflammatoires, sous le nom de *tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata*. Ces auteurs, décrivant l'inflammation lacunaire chronique et les matières caséeuses qui se forment dans ces cas, rappellent en effet l'existence de ces petits amas sous-muqueux ayant l'aspect d'abcès enkystés, qui ne sont autre chose que des débris épithéliaux (2), sans globules de pus. Ces mêmes auteurs parlent bien aussi d'ulcération, mais ce sont pour eux de simples pertes de substance situées à l'orifice de la crypte ainsi ouverte, et non ces vastes ulcères à fond sanieux, ressemblant au premier aspect à de véritables gommes ulcérées.

Il est facile de voir qu'il ne s'agit point ici de l'angine lacunaire étudiée par B. Frænkel (3) et quelques mois plus tard par Seifert (4), car la forme inflammatoire que décrivent ces auteurs se rapproche davantage de la diphtérie, avec laquelle ils cherchent du reste à la différencier, que de

(1) *Arch. de Laryng., etc.*, de Ruault et Luc, n° 6, 1891, et nos 1 et 2, 1892.
(2) V. communic. de M. Brindel à la Soc. Anat. de Bordeaux, 14 avril 1895.
(3) *Berliner klin. Wochenschr.*, 1886.
(4) *Wiener med. Wochenschr.*, 1886, p. 1133.

l'ulcération tonsillaire que nous appellerons lacunaire, afin de mieux établir sa nature, son origine et son allure clinique.

IV

Anatomie pathologique. — Nous terminerons cet exposé par le résultat de l'examen histologique tel qu'il a été pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

« La portion ulcérée de l'amygdale a été enlevée à la pince coupante, fixée immédiatement dans l'alcool sublimé, puis colorée en masse au picro-carmin et incluse dans la paraffine.

» Les coupes, pratiquées horizontalement, ont porté à la fois sur ce que nous appellerons le pédicule, autrement dit sur le point où a porté la section, sur l'épithélium de voisinage et sur la partie ulcérée. Leur périphérie peut donc se diviser en quatre segments; l'un d'eux ne nous occupera pas : c'est la ligne de section; des trois autres, deux sont munis d'épithélium de revêtement; le troisième, compris entre les deux précédents et diamétralement opposé au premier, n'est autre que l'ulcération elle-même d'où l'épithélium a disparu. L'épithélium de revêtement, sur les deux segments qui le portent, est en voie manifeste de prolifération; il est quintuplé, sextuplé d'épaisseur; mais il ne présente pas une structure identique de part et d'autre; d'un côté il pénètre à une très grande profondeur par des prolongements volumineux, coniques, à sommet dirigé vers la surface, à base arrondie, plongeant au milieu du tissu sous-muqueux : on a là un aspect papillaire des plus nets né aux dépens des parties profondes de la couche épithéliale; les papilles ne soulèvent pas les couches superficielles formées de cellules pavimenteuses au nombre de 8 à 10 et disposées sous forme de couches stratifiées. Ces cellules ont conservé leur noyau. Les prolongements épithéliaux interpapillaires, d'abord formés à leur naissance de cellules plus

ou moins cubiques et polyédriques, présentent bientôt des cellules de plus en plus allongées, disposées dans leur ensemble à la façon d'un éventail, et arrivant à former, par leur couche la plus profonde, une rangée de cellules cylindriques, pressées les unes contre les autres, plus volumineuses de beaucoup qu'à l'état normal. Cette rangée délimite parfaitement l'épithélium dans toute son étendue.

» Du côté opposé on ne retrouve plus cet aspect papillaire. La couche épithéliale ne peut plus être délimitée d'une façon précise, la rangée de cellules cylindriques normales n'existant plus profondément. Les cellules se rangent en séries parallèles à la surface; elles sont moins colorées que le reste de la coupe, au moins dans les deux tiers externes de l'épaisseur du revêtement épithélial; mais elles ont conservé leur noyau; elles forment une sorte de stratum épidermique dont la coloration s'accentue peu à peu à mesure qu'on s'éloigne de la surface et qui se continue presque insensiblement avec le tissu amygdalien sous-jacent. Il est possible toutefois de soupçonner sa limite, un peu ondulée, d'une part par cette légère différence de coloration, d'autre part, à un fort grossissement, par la disparition progressive de la stratification.

» Du côté du pédicule, cette couche épithéliale se termine suivant une ligne qui continue la ligne de section du tissu amygdalien et du revêtement épithélial opposé. Du côté de l'ulcération, la moitié superficielle de l'épithélium disparaît brusquement; l'autre moitié va rapidement en s'effilant pour cesser bientôt. Entre les deux segments munis d'épithélium on aperçoit une échancrure concave, irrégulière, bordée çà et là par des îlots de substance très mal colorée, dans la constitution de laquelle, même avec un fort grossissement, on ne peut reconnaître de formes cellulaires. Cette substance paraît composée par une infinité de petites granulations très faiblement colorées en rose; au milieu de cet amas granuleux on voit de ci de là un gros noyau arrondi, très fortement coloré en rouge, appartenant à une cellule dont le protoplasma circonscrit le noyau, mais est très peu développé.

» Les îlots granuleux sont surtout disposés à la périphérie; par places ils présentent des prolongements vers la partie profonde, au milieu du tissu amygdalien sous-jacent. Celui-ci offre à première vue les caractères du tissu amygdalien normal; toutefois il en diffère par trois points principaux : *les cellules qui le constituent sont pressées les unes contre les autres* beaucoup plus que dans les parties plus éloignées de la surface; les *follicules clos ne s'y retrouvent plus*; on a un tissu uniforme infiltré de noyaux arrondis, fortement colorés; enfin les vaisseaux qui, sur une amygdale saine, sont peu nombreux et à peine apparents en dehors des travées fibreuses qui sillonnent parfois l'amygdale quand elle est hypertrophiée, *les vaisseaux*, disons-nous, sont ici *très nombreux, très dilatés* au milieu même du tissu amygdalien proprement dit. Toutefois, c'est immédiatement au dessous de l'épithélium papillaire, dans le derme de la muqueuse, qu'ils sont le plus nombreux et le plus gros, si bien qu'en certains endroits ils donnent à la coupe un aspect angiomateux.

» Parmi les plus volumineux, certains présentent une petite paroi formée d'un simple liséré de tissu conjonctif infiltré de cellules rondes; les autres, gros et petits, n'ont aucune paroi propre.

» Enfin, plus profondément, en allant vers le pédicule, à environ un quart de millimètre de la surface, le tissu amygdalien récupère ses caractères normaux : les follicules clos se montrent de nouveau, facilement reconnaissables et de dimension assez grande; les vaisseaux diminuent de nombre et de volume, montrant ainsi que toute trace d'inflammation a cessé à ce niveau. »

L'exposé qui précède confirme donc en tout point l'évolution clinique que nous avons exposée plus haut. L'anatomie pathologique nous explique également comment se fait la réparation du tissu nécrosé et la formation de la cicatrisation apparente que nous avons rencontrée dans tous les cas.

V

TRAITEMENT. — Nous serons bref sur le traitement qui nous paraît surtout devoir être antiseptique, et à ce titre nous donnons la préférence au procédé qui consiste d'abord à bien nettoyer la surface et la cavité ulcéreuse de tous les produits sphacélés qu'elle contient. A ce titre, un badigeonnage ou plutôt un écouvillonnage sérieux fait avec le porte-ouate garni, imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 1/20 ou 1/30, me paraît être le meilleur topique. On pourra le formuler de la manière suivante :

Chlorhydrate de cocaïne....	30 à 50 centigrammes.
Chlorure de zinc..........	1 gramme.
Acide chlorydrique........	1/2 goutte.
Glycérine pure...........	10 grammes.
Eau distillée........... .	15 à 20 grammes.

Ceci fait, on fait gargariser le malade plusieurs fois dans la journée avec une solution alcoolisée (gargarisme boraté et bromuré, sucré à la glycérine neutre).

Le lendemain on peut faire soit un nouveau badigeonnage au chlorure de zinc ou avec la solution iodo-iodurée et phéniquée ordinaire. La simple glycérine phéniquée à 1/10 ou 1/15 constitue également un excellent topique.

Puis, à mesure que l'ulcère se déterge et que la plaie se cicatrise, on supprime les badigeonnages pour se borner à prescrire des gargarismes alcoolisés. Le raclage ou l'abrasion de l'ulcère à la pince coupante, faits au début, m'ont également donné de très beaux résultats.

Le point capital est, en somme, de faire de l'hygiène de la bouche, de l'hygiène locale, afin d'empêcher la contamination de points voisins comme le fait semble s'être produit chez un de mes malades. Il ne faut pas oublier, en effet, que la guérison en l'espace de quelques jours est la règle dans ces cas.

Il est inutile d'ajouter que si le malade est un fumeur il fera beaucoup mieux de s'abstenir de fumer jusqu'après sa guérison définitive.

Obs. V. — *Ulcère. Amygdalite ulcéreuse aiguë de l'amygdale gauche* (rédigée par le malade). — M. C..., vingt-un ans, étudiant en médecine, nous remet lui-même son observation. « J'ai, dit-il, toujours souffert de la gorge, surtout pendant l'hiver; j'ai eu des amygdalites fréquentes et, l'hiver dernier, un catarrhe naso-pharyngien. Au mois d'avril 1894 je me fis supprimer l'amygdale droite par des cautérisations galvaniques successives.

Depuis ce moment, je n'ai pas souvenance d'avoir souffert de la gorge, lorsqu'il y a trois semaines, vers la fin du mois d'octobre, je me sentis légèrement gêné pour avaler.

Je songeai tout de suite à une récidive d'amygdalite et je ne m'en inquiétai pas. Je continuai à manger, à boire et à fumer comme à l'ordinaire, peut-être même plus qu'à l'ordinaire, car j'étais en vacances.



Le lendemain, je me levai la gorge sèche et ma gêne pour la déglutition avait augmenté. Ce fut alors que me vint à l'idée de regarder mon amygdale gauche.

Je fus très étonné d'y voir sur la partie antéro-externe une ulcération ovale dont le grand diamètre avait au moins 2 centimètres, formant excavation à bords franchement découpés et recouverte entièrement d'une couche de substance blanche. Voulant me rendre compte de l'adhérence de cette substance, je me gargarisai immédiatement deux ou trois fois. Mais elle ne se détacha pas.

Sans savoir au juste la nature de mon affection, je ne m'arrêtai pas à la syphilis. Je n'avais pas vu, en effet, sur moi, d'accidents primaires ni secondaires, et cette ulcération n'aurait pu être que tertiaire. D'autre part, j'avais des raisons pour ne pas m'arrêter à l'idée de la transmission de la diathèse par hérédité.

Je restai alors cinq jours sans montrer cette ulcération à personne, et je continuai durant ces cinq jours ma vie de vacances, ne ressentant qu'une gêne et jamais une véritable douleur pour avaler.

Cette gêne ne persista que trois jours. Durant ce laps de temps,

chaque jour je regardai cette ulcération qui ne changeait pas d'aspect. Seule l'inflammation était moins forte.

Je dois dire en passant que je n'avais jamais eu d'engorgement ganglionnaire dans quelque région que ce fût.

Inquiet de cette persistance, je consultai un médecin; mais je ne fus guère rassuré quand je le vis hésiter longtemps entre un accident syphilitique et une affection catarrhale aiguë. Sans se prononcer, et après un examen minutieux, il me conseilla de me gargariser avec des liquides antiseptiques et de revenir deux jours après pour qu'il arrêtât son diagnostic. Je fis ce que l'on m'avait conseillé et je m'aperçus que peu à peu les bords de l'ulcération devenaient moins saillants, et qu'il commençait à s'éliminer un peu de cette substance blanchâtre qui la recouvrait. Le jour fixé, je me rendis chez le médecin qui m'avait vu précédemment. Mais ne l'ayant pas trouvé, je priai M. le Dr Moure de m'examiner.

Le diagnostic fut aussitôt tranché et avec une assurance qui me fit plaisir car elle m'enlevait à une incertitude peu agréable.

L'idée d'accident syphilitique fut écartée. Mon amygdale fut touchée le même jour à la teinture d'iode et sur le conseil de M. Moure je fis pendant les trois ou quatre jours qui suivirent des gargarismes antiseptiques. Peu à peu la substance blanche s'élimina; les bords de l'ulcération devinrent plus mousses, l'inflammation disparut complètement et la guérison vint au bout d'une huitaine.

Cependant l'ulcération a laissé sa trace et sur l'amygdale existe une cavité en forme d'entonnoir, mais ne différant nullement à l'aspect du tissu amygdalien voisin.

Obs. VI. — *Ulcères des deux amygdales.* — M. X..., vingt-deux ans, étudiant en médecine, nous dit que depuis une quinzaine de jours, sans que rien pût l'expliquer, il s'apercevait que ses gencives saignaient très facilement et assez abondamment lorsqu'il se lavait les dents.

Le dentiste consulté lui recommanda de se nettoyer avec une brosse dure et de prendre des pastilles de chlorate pur.

Quelques jours après sa visite au dentiste, le sujet ressentit en arrière des molaires, mais surtout à la partie inférieure et à droite, d'assez vives douleurs, qui, persistant plusieurs jours, l'engagèrent à venir à notre consultation. Là ce fut M. Brindel qui l'examina. Il ne trouva rien d'anormal. Les douleurs ressenties étaient dues à la venue des dents de sagesse.

Cependant comme le malade était enrhumé depuis quelques jours

et qu'il craignait d'avoir quelque chose à la gorge, il s'examinait cette partie tous les jours.

Il y a deux jours, c'est-à-dire le 1er mars, le malade aperçut sur les amygdales, mais surtout sur celle de droite, une pellicule blanche, qu'il enleva, et mit à nu une petite ulcération. Cela le décida à revenir à la consultation. De sorte qu'il y avait deux ou trois jours au maximum que pouvaient exister ces ulcérations, lorsqu'on les lui enleva avec la portion des amygdales sur laquelle elles se trouvaient.

Au moment où ce jeune homme se présente à mon examen il m'affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, mais il craignait d'être porteur d'accidents syphilitiques.

Jamais non plus, il n'a été susceptible de la gorge et ne se rappelle en avoir souffert qu'une fois, et c'est il y a deux ans, depuis l'âge de cinq ans; époque à laquelle on avait craint une diphtérie, ce qui avait nécessité de nombreuses cautérisations.

Il y a deux ans, ce fut une angine simple qui guérit rapidement par des gargarismes à l'eau boriquée.

Le sujet est en outre atteint de rhumatismes articulaires depuis l'âge de douze ans; il les avait précisément, il y a deux ans, lorsqu'il a eu son angine.

A l'examen de l'arrière-gorge je constate sur l'amygdale droite et en plein tissu glandulaire vers le tiers supérieur, une ulcération cratériforme, ayant la dimension d'une pièce de vingt centimes. Les bords sont rouges, un peu déchiquetés, et le fond est grisâtre, pulpeux. Nettoyé avec le porte-ouate garni et imprégné de solution iodo-iodurée légère, le fond apparaît rougeâtre et inégal; le reste de l'amygdale est sain et à peine enflammé.

Du côté gauche, vers le même niveau, je constate l'existence d'un ulcère analogue, quoique peut-être un peu moins étendu et plus rapproché du pilier antérieur, que recouvre en partie la perte de substance, sans offrir cependant de tuméfaction apparente. L'amygdale est peu volumineuse, et pour bien voir le fond de l'ulcère, il faut déprimer fortement la langue et faire pivoter l'amygdale sur elle-même, ce que l'on obtient aisément en portant l'abaisse-langue un peu profondément pour provoquer un commencement de haut-le-corps.

La plus grande partie de l'ulcère droit et gauche est enlevée avec la pince emporte-pièce pour l'examen : notre jeune étudiant rassuré voulant bien nous fournir une nouvelle occasion de faire étudier ces tissus pathologiques.

Après l'opération, le sujet a beaucoup souffert, surtout du côté

gauche, où le pilier avait été endommagé; les douleurs s'irradiaient jusque dans l'oreille gauche.

Les mouvements de déglutition étaient même pénibles, comme il arrive assez souvent dans ces cas.

Depuis le 3, le sujet est venu tous les jours à la consultation se faire toucher au chlorure de zinc et s'est gargarisé chez lui avec un gargarisme au bromure de potassium, acide phénique et eau de guimauve.

Le 5, les cicatrices étaient en bonne voie de guérison; et le 7, lorsqu'il est venu, il était complètement guéri.

L'affection avait donc évolué ici simultanément sur les deux amygdales en l'espace de huit à dix jours au maximum, puisque le malade avait assisté au début de ces ulcérations que nous pûmes suivre ensuite pas à pas.

Obs. VII. — *Ulcérations cratériformes aiguës de l'amygdale gauche.* — Victor C..., dix-huit ans, domicilié à Bordeaux, se présente à la clinique le 2 juillet 1894.

Il raconte que son amygdale est devenue grosse, il y a une huitaine de jours, et qu'il s'est trouvé gêné pour avaler et sans avoir ressenti d'autres symptômes inflammatoires de l'arrière-gorge. La voix est normale, le pouls et l'appétit assez bons.



A l'examen on trouve une ulcération bien limitée à la partie antérieure et médiane de l'amygdale gauche; elle a l'air d'avoir été déchiquetée; il s'en détache une excroissance charnue, longue de près d'un centimètre, en forme de stalactite rougeâtre. Cette excroissance est enlevée à l'aide de pinces. L'enduit pultacé qui se trouve sur l'amygdale est en petite quantité. L'ulcère que nous avons dessiné et que nous avons reproduit plus haut, a la dimension d'une pièce de cinquante centimes, de forme ovalaire dans le sens vertical. Pas de tuméfaction, ni d'infiltration périphérique. Les ganglions ne sont pas engorgés.

On donne comme traitement un gargarisme borax-bromuré.

Le malade revient à la clinique le 5 juillet; l'inflammation a considérablement diminué, il reste un bourrelet grisâtre situé derrière le pilier antérieur.

9 juillet. — L'ulcération se déterge.

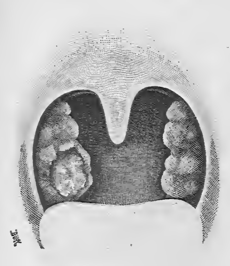
15 juillet. — L'ulcération siégeant au haut de l'amygdale est guérie. Mais depuis deux ou trois jours, le malade se plaint de souffrir de la gorge de ce côté, et l'on constate à l'examen, à la partie antérieure de la face interne de l'amygdale gauche et au dessous de la première, une ulcération grisâtre cratériforme arrondie mesurant environ un demi-centimètre de diamètre. Elle a le même aspect que la première, sans offrir avec celle qui est guérie le moindre lien de continuité.

Badigeonnage au chlorure de zinc à 1/50. Le malade continue son gargarisme au borax.

19 juillet. — L'ulcération de la partie inférieure a à peu près disparu.

23 juillet. — L'ulcération est complètement guérie.

30 juillet. — La guérison se maintient et l'on trouve à la place des deux ulcères une excavation qui marque d'une manière indélébile la glande qui vient d'être ainsi atteinte. Le reste de l'amygdale qui est d'ailleurs peu volumineuse ne présente aucune trace de lésion lacunaire ou caséeuse.



Obs. VIII. — *Ulcère de l'amygdale droite.* — M. A..., vingt-sept ans, sans profession, vient me consulter le 13 octobre 1894, se plaignant depuis sept à huit jours d'une gêne pour avaler et d'un mauvais goût dans la bouche. Il est assez sujet à avoir des amygdalites aiguës, et depuis longtemps déjà il a, dit-il, l'intention de se débarrasser de ses deux amygdales qui sont très volumineuses et lacunaires. Toutefois, il ne se rappelle pas avoir eu de mal de gorge aussi persistant que celui-ci. L'examen extérieur ne présente rien de

particulier; pas de tuméfaction ganglionnaire, pas de douleur au toucher.

L'inspection de la gorge me montre d'abord les deux amygdales hypertrophiées, et de plus, sur la base de la droite, vers la langue, mais bien sur la face interne de la glande, j'aperçois un vaste ulcère cratériforme, arrondi, ayant au moins la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Les bords sont rouges, saillants et déchiquetés, sans qu'il existe cependant d'infiltration périphérique; le voile, la luette et les piliers sont sains. Le fond de l'ulcère est grisâtre, pulpeux, et une fois détergé, il apparaît rouge, sanieux et très anfractueux; sa profondeur est assez grande pour que la ouate disparaisse presque complètement dans le fond.

Badigeonnage au chlorure de zinc, solution au 1/30. Gargarismes iodés. Deux jours après l'ulcère commence déjà à se déterger, le fond est plus rosé, les bords moins saillants; la cicatrisation marche rapidement. Quatre jours plus tard, l'ulcère est à peu près guéri, ses bords se cicatrisent avec une rapidité véritablement étonnante, et lorsque le malade revient me voir quelques jours plus tard, il est complètement guéri et l'on voit à la place de l'ulcération une perte de substance, taillée comme à l'emporte-pièce, dont les bords sont rasés, lisses et unis.

Depuis cette époque, le malade n'a plus eu le moindre mal de gorge de ce genre, bien qu'il ait encore conservé ses amygdales dont il ne se séparera qu'avec peine.

Nous rapportons enfin un dernier cas observé tout récemment à la clinique de la Faculté sur un nouvel étudiant en médecine qui est venu nous consulter, ces jours derniers, pour une amygdalite ulcéreuse analogue aux précédentes.

Obs. IX.— L. M..., vingt-trois ans, étudiant en médecine; père et mère vivants et très bien portants. Il est intéressant de signaler que son grand-père, très sujet aux angines, subit à Montpellier, où il était étudiant en médecine, l'amputation de la luette et l'ablation des amygdales. Pas d'antécédents syphilitiques ni tuberculeux. Maladies antérieures : rougeole, angines fréquentes. Quelques manifestations herpétiques sur la verge, avant tout rapport sexuel. A l'âge de onze ans, étant au collège, très forte angine qui fut traitée par M. le Dr Dudon, et qui céda au traitement. A seize ans, nouvelle angine pendant une épidémie dans un collège de La Rochelle. Le Dr Pichez cautérisa l'amygdale gauche qui n'a jamais présenté depuis de phénomènes inflammatoires. Au mois de janvier dernier, nouvelle angine.

M. le Dr Faguet interdit l'usage du tabac; les phénomènes rentrèrent dans l'ordre au bout de peu de jours. Cependant depuis cette époque l'arrière-gorge resta très rouge, irritable facilement, soit par la fumée du tabac, soit par les aliments un peu durs, soit enfin par l'exercice du chant qui devint à peu près impossible.

Il y a exactement douze jours, il ressentit un soir un peu de gêne dans la déglutition, et constata un peu d'engorgement ganglionnaire du côté droit. A ce moment, la dent de sagesse du même côté atteignait le terme de son évolution et des moignons de muqueuse, mâchés presque constamment, étaient le siège d'une assez vive douleur. Le lendemain la gêne persistait, ainsi que l'engorgement ganglionnaire; enfin le troisième jour, averti par la fétidité de l'haleine et inquiété par la persistance de la douleur, il examina lui-même sa gorge et constata que le sillon bucco-labial droit, ainsi que les dents du même côté, présentaient une couche d'un corps ayant tous les caractères du pus, grumuleux, teinté de sang, très fétide, et parsemé de parties plutôt caséeuses que liquides, ressemblant à de la muqueuse sphacélée. D'autre part, l'amygdale droite, considérablement augmentée de volume, présentait à sa face interne une surface blanchâtre se détachant nettement sur les tissus environnants qui étaient très rouges; surface à forme elliptique, à grand axe vertical, irrégulière, fongueuse, ayant tous les caractères d'une partie de muqueuse ulcérée.

Le malade suspendit l'usage du tabac, et pendant trois jours, alterna avec des gargarismes phéniqués et des gargarismes au chlorate de potasse.

La douleur se calma, la fièvre qui avait lieu le soir disparut, mais l'intumescence ganglionnaire persista. Le malade a attendu jusqu'au moment où il a été examiné à la clinique, sans autre traitement que des gargarismes phéniqués.

A ce moment, c'est-à-dire le 22 avril, je constate sur l'amygdale droite, qui est un peu rouge, mais non tuméfiée, une ulcération fongueuse à bords déchiquetés et à fond mou se laissant facilement pénétrer avec le porte-ouate garni. Toute trace d'adénite a disparu; le malade se douterait à peine de sa lésion, s'il n'en avait constaté lui-même l'existence et s'il n'avait été un peu effrayé par la vue de cet ulcère.

Je présente le malade, ce même jour, à la Société d'Anatomie de Bordeaux et lui fais subir immédiatement après un badigeonnage au chlorure de zinc à 1/30; puis je prescris un gargarisme borax-bromuré, suppression du tabac et de tout irritant pendant quelques jours.

Il n'est pas douteux que dans ce cas l'évolution de la dent de sagesse d'une part, la fumée et la chaleur de la cigarette d'une autre, ont été les facteurs de la durée peut-être un peu plus longue de cet ulcère que le malade avait aperçu par hasard en se regardant la gorge trois jours après le début de sa maladie.

Comme tous nos autres malades, il a guéri très rapidement et l'on voit encore la large cicatrice qui a succédé à la perte de substance consécutive à la nécrobiose d'une partie de l'amygdale.

Nous arrêtons ici l'exposé de nos observations, réservant quelques-unes d'entre elles pour un de nos élèves qui fait de cette étude le sujet de son travail inaugural.

DE L'AMYGDALITE ULCÉREUSE CHANCRIFORME

Par le Dr MENDEL, ancien interne des hôpitaux.

De tous les chancres extra-génitaux, le chancre amygdalien est certainement celui qui peut revêtir les aspects les plus divers et qui soulève d'ordinaire les plus grandes difficultés de diagnostic. On peut admettre pour preuve de ce fait que le chancre amygdalien n'est connu que depuis relativement peu de temps : il y a trente ans, il était à peu près ignoré.

Tous les auteurs insistent sur les multiples apparences que peut revêtir ce chancre : c'est à ce point que, pour en faire le diagnostic, on devrait plutôt se baser sur l'adénopathie, l'unilatéralité de la lésion, que sur son aspect clinique. En effet, si nous nous rapportons à Jullien, Robin, Legendre, Dieulafoy, etc., le chancre amygdalien peut simuler : une angine phlegmoneuse, une angine diphtérique, une gomme de l'amygdale, un épithélióma, etc., etc. Néanmoins, on peut admettre un type clinique qui répond plus aux formations chancreuses ordinaires, sans être peut-être le plus fréquemment observé. « C'est tantôt, dit Albert Robin dans ses *Leçons*

cliniques de la Pitié en 1887, une érosion légère, n'ayant que la très faible profondeur d'une plaque muqueuse exulcérée, accompagnée d'un léger gonflement de la région sous-maxillaire; tantôt c'est une ulcération profonde et comme anfractueuse, à fond grisâtre ou pultacé, bordé par une muqueuse tuméfiée, rouge, indurée, qui forme quelquefois autour de la cavité un bourrelet œdématié. »

Par conséquent, si, en pratique, l'aspect de la lésion est des plus trompeurs, il n'en est pas moins vrai qu'elle répond assez souvent à ce type, à ce schéma pour ainsi dire : ulcération ou exulcération grisâtre plus ou moins creuse, à bords et à base indurés, avec adénopathie.

Quoique cette description soit assez nette, elle ne simplifie pas encore le problème diagnostique et il existe une autre lésion pouvant en présenter tous les caractères.

Cette lésion, c'est une affection de l'amygdale que j'ai eu l'occasion d'observer six fois jusqu'à présent, une sorte d'amygdalite à évolution froide, qui a pu tromper les syphiligraphes les plus distingués. Le Prof. Fournier lui-même a hésité assez longtemps devant un des faits que je rapporte plus loin et que j'ai recueilli dans son service alors que j'étais son interne.

Voici le tableau clinique de cette amygdalite :

Le malade se plaint d'éprouver dans un côté de la gorge une légère dysphagie lors de la déglutition : s'il est soigneux, il a observé lui-même — quelques jours avant d'éprouver cette dysphagie — l'existence, sur une de ses amygdales, d'une petite ulcération. Cette lésion, entourée d'une zone congestive, est une ulcération circulaire plus ou moins creuse, recouverte d'un enduit blanc sale, qui n'est autre chose que le tissu mortifié de l'amygdale et qu'on ne peut qu'imparfaitement détacher. De plus, les bords de l'ulcération sont indurés. La région maxillaire correspondante présente quelques ganglions faiblement hypertrophiés et roulant sous le doigt. Il n'y a pas de fièvre, en général.

L'ulcération reste un peu stationnaire et se répare en un temps variable, qui ne dépasse pas, le plus souvent, une

semaine. Dans une de mes observations (Obs. V), la réparation ne fut complète qu'au bout de trois semaines. Le traitement consiste en badigeonnages iodés et en gargarismes boriqués.

En présence d'une telle lésion, le diagnostic peut être hésitant : on pourra penser ou à la tuberculose ou à la syphilis. La tuberculose ne nous arrêtera pas longtemps : sans parler de l'aspect de cette lésion creuse, circulaire, bien délimitée, à évolution rapide, nous devons insister sur l'état général satisfaisant du malade et sur l'intégrité de tous ses organes, même du pharynx et du larynx.

Le diagnostic de l'amygdalite ulcéreuse chancriforme avec la syphilis présente bien d'autres difficultés : on peut penser, en effet, soit à un chancre amygdalien, soit à une gomme.

Nous avons dit quelle sorte de Protée est le chancre de l'amygdale et combien il peut simuler de lésions diverses; mais il est une forme un peu plus habituelle que les autres, et c'est cette dernière que reproduit l'amygdalite chancriforme : même ulcération plus ou moins creuse, même contour ovalaire ou circulaire, même induration des bords, et, le plus souvent, même unilatéralité. Cependant, le diagnostic est possible grâce à deux signes. On sait que le chancre syphilitique s'accompagne toujours d'adénopathie, et surtout d'adénopathie volumineuse. Les porteurs de chancre amygdalien ont d'habitude la partie correspondante du cou véritablement déformée par la présence d'une tumeur ganglionnaire qui peut dépasser le volume d'un œuf de pigeon. Dans l'amygdalite chancriforme, l'adénopathie existe, mais à son minimum : on doit la rechercher ; à la palpation, on constate l'existence de deux ou trois glandes peu développées et roulant sous le doigt.

Autre élément de diagnostic important : l'évolution. Si le chancre met six semaines à évoluer, l'amygdalite chancriforme n'a qu'une durée minime, une semaine en moyenne. Si donc le diagnostic était douteux au début, avec une courte temporisation, on pourrait décider sûrement.

L'idée de la gomme amygdalienne arrêtera moins longtemps le médecin. En ce cas, il existe des antécédents ou au moins des traces de syphilis ; dans les quelques cas où ces éléments de diagnostic font défaut, alors l'embarras peut être grand. Cependant la durée de la lésion et l'efficacité du traitement spécifique pourront éclairer le diagnostic.

La syphilis héréditaire peut déterminer des ulcérations amygdaliennes ; mais il est vraiment bien rare qu'elle s'arrête là et que le voile du palais, le pharynx, les fosses nasales, soient absolument indemnes. D'ailleurs ces lésions, redoutables la plupart du temps, ont un autre caractère et une bien autre durée.

Il resterait maintenant à élucider la nature de cette amygdalite particulière. J'ai le regret d'avouer que je n'apporte rien de positif sur ce sujet : tout au plus ai-je une hypothèse assez vraisemblable à présenter. Cette idée est basée sur une de mes observations (Obs. II), dans laquelle le malade présentait, en même temps qu'une amygdalite chancriforme, de petites érosions linéaires blanchâtres sur le bord de l'épiglotte. Ces lésions épiglottiques rappelaient tout à fait les érosions herpétiques et je me suis demandé si érosions épiglottiques et amygdalite ne formaient pas un ensemble de lésions herpétiques et si l'amygdalite en question ne représentait pas une forme particulière d'herpès dont la période vésiculeuse avait passé inaperçue.

Quoi qu'il en soit, je n'ai pas la prétention de présenter ici une maladie nouvelle Cette lésion amygdalienne a été probablement observée souvent et désignée sous des appellations diverses ; le nom d'*amygdalite ulcéreuse chancriforme* que je propose pour elle a seulement pour but de signaler un intéressant et assez fréquent problème de diagnostic.

Observation I. — Notre premier malade est un étudiant de vingt-trois ans, qui se présenta à la consultation du Prof. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, pour un mal de gorge dont le début remontait à une quinzaine de jours. Le malade n'éprouvait qu'une dysphagie légère.

La gorge du malade est congestionnée, notamment du côté gauche, où l'on aperçoit, dans le corps de l'amygdale et sur sa face antérieure,

une ulcération arrondie, à bords durs, très creuse et de taille à loger une petite noisette. On note, dans la région sous-maxillaire, l'existence d'un petit ganglion hypertrophié.

L'ulcération de l'amygdale n'existe que depuis deux jours; sa formation a coïncidé avec l'expuition d'une petite quantité de pus (?). Elle n'a influencé en rien la dysphagie assez légère qui existait dès le début.

Cautérisations iodées; gargarismes boriqués. Réparation complète en une semaine.

Obs. II. — Cette observation paraît calquée sur la précédente. Elle se rapporte également à un malade du service de M. le Prof. Fournier.

J..., garçon de magasin, âgé de vingt-six ans, est assez sujet aux maux de gorge. Il n'a jamais eu la syphilis.

Le 17 janvier 1894, il fut pris d'une dysphagie assez marquée, sans cortège fébrile.

La dysphagie persista, en diminuant, et le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, sur l'avis d'un médecin.

La gorge est congestionnée, notamment du côté droit; l'amygdale de ce côté présente dans sa partie moyenne une ulcération très excavée, du volume d'une petite noisette, à bords durs, et recouverte d'un enduit grisâtre. On ne note que très peu d'engorgement ganglionnaire.

L'épiglotte présente des lésions assez particulières : son bord libre est exulcéré dans sa partie gauche; à droite elle présente trois petites érosions linéaires blanchâtres.

L'ulcération amygdalienne fut cautérisée au moyen de la teinture d'iode; elle se répara complètement en trois ou quatre jours. Les exulcérations épiglottiques guérirent spontanément.

Obs. III. — Cette observation reproduit encore le type précédent.

D..., âgé de trente-deux ans, est atteint depuis deux ans, à l'entrée de l'hiver, d'un catarrhe rhino-pharyngien qui disparaît au printemps. En octobre 1893, il fut atteint de son affection habituelle, qui s'accompagne de dysphagie modérée. Au bout de cinq ou six jours, ce malade très soigneux découvrit sur la face interne de l'amygdale gauche, un peu en arrière, une ulcération assez creuse, un peu blanchâtre, à bords légèrement irréguliers et durs, lenticulaire. Pas de retentissement ganglionnaire.

Attouchements à la teinture d'iode. Réparation complète en six jours.

Obs. IV. — M..., âgé de vingt-huit ans, assez sujet aux angines, fut atteint de dysphagie, presque subitement, le 3 août dernier; la douleur semblait plutôt localisée à droite.

Le pilier antérieur et le pilier postérieur droit sont gonflés et rouges : entre eux, on aperçoit sur l'amygdale une ulcération irrégulière, ovalaire, très creuse, à grande dimension verticale, du volume d'une noisette, à bords indurés : cette ulcération est recouverte d'un enduit blanc grisâtre. Un peu d'hypertrophie ganglionnaire.

Le 6 août, après quelques gargarismes émollients, la dysphagie a diminué : l'ulcération semble se rétrécir; elle est toujours très creuse et recouverte de son enduit.

Le 9 août, l'ulcération a presque complètement disparu, ainsi que la dysphagie.

Obs. V. — M. B..., âgé de vingt-quatre ans, est amené à ma clinique par mon excellent confrère le Dr Rouquès.

Ce malade avait été pris, le 29 mai 1894, d'une violente dysphagie sans fièvre. On note dès le lendemain l'existence, à droite, d'une ulcération amygdalienne, de la dimension d'un pois, très creuse, cratériforme, grisâtre, à bords indurés. Petit ganglion sous-maxillaire correspondant.

La douleur cessa assez rapidement; mais la perte de substance ne fut réparée qu'au bout de trois semaines.

Traitement : badigeonnages au naphtol camphré; gargarismes à l'eau boriquée.

Obs. VI (due à l'obligeance de notre excellent ami le Dr Lion, chef de clinique de la Faculté). — Mme A..., âgée de vingt-sept ans, souffre depuis trois jours d'un mal de gorge avec dysphagie violente et voix angineuse; fièvre légère. Elle a déjà vu un médecin, qui a proposé une cautérisation; effrayée, elle m'a fait venir.

On constate un gonflement du cou à droite, avec sensibilité à la pression, mais pas d'hypertrophie ganglionnaire. Dans la gorge, on note une rougeur diffuse de l'amygdale droite, avec tuméfaction générale de cette glande, dont la face interne est creusée d'une ulcération assez profonde recouverte d'un enduit jaunâtre. Tout autour de l'ulcération, le doigt perçoit une induration très prononcée.

Traitement : gargarismes phéniqués, attouchements à la liqueur de Van Swieten.

Le lendemain, l'état reste stationnaire. Au bout de trois jours, tous les symptômes avaient disparu; la gorge était normale.

DISCUSSION

M. Joal. — Les deux intéressantes communications que nous venons d'entendre me remettent en mémoire un cas que j'ai observé avec M. Moure. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une ulcération amygdalienne que j'étais assez disposé à mettre sur le compte d'un processus tuberculeux, étant donnés les antécédents héréditaires. Je montrai le malade à M. Moure, qui porta le diagnostic de syphilis. Depuis, le sujet a été examiné par le professeur Fournier, qui a rejeté toute idée d'infection syphilitique. Dès lors, n'avions-nous pas simplement affaire à une amygdalite lacunaire ulcéreuse ?

M. Helme. — Il est bon, à cette heure, de rappeler le signe de Garel. D'après cet auteur, la dysphagie prolongée constitue la caractéristique de la syphilis dans les affections pharyngées dont le diagnostic est douteux. Quand la dysphagie dure plus de trois semaines, on peut affirmer hardiment qu'on se trouve en présence d'une ulcération syphilitique.

M. Poyet. — J'ai vu des cas semblables à ceux que l'on vient de décrire, et ils ressemblaient terriblement à des accidents tertiaires. Ils ont, d'ailleurs, été tous améliorés par l'iodure de potassium.

M. Moure. — A M. Mendel je dirai que je ne crois pas qu'on puisse faire de confusion avec le chancre de l'amygdale ; celui-ci est très caractéristique par lui-même et s'accompagne d'accidents aigus, engorgement ganglionnaire, etc., qui suffisent à le caractériser. Il en est de même de l'herpès. Ici, la dysphagie intense, l'évolution rapide, la dissémination des lésions, assurent le diagnostic. Il n'en est pas ainsi pour les accidents tertiaires, où la différenciation peut être très difficile. Je crois que ces ulcérations ont une origine lacunaire.

M. Martin. — J'ai rencontré également des faits analogues. J'étais même bien embarrassé. Fort heureusement, la guérison du malade est venue le plus souvent mettre fin à mes hésitations.

M. Castex. — Le diagnostic du chancre amygdalien n'est pas toujours aussi facile que paraît le croire M. Moure. Dans les épithéliomas avec ulcération, la différenciation peut être très difficile.

RUPTURE DU TYMPAN CHEZ UN PENDU

Par le Dr M. **LANNOIS**, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les lésions de l'oreille chez les pendus n'ont donné lieu qu'à un nombre restreint de travaux, malgré l'intérêt qu'elles peuvent présenter pour le médecin légiste et pour l'otologiste.

Elles se trouvent déjà signalées cependant par Morgagni (1) qui, citant un cas de Valsalva, s'exprime ainsi : « La membrane du tympan de l'une des oreilles était teinte de sang, ainsi que les osselets qui lui sont unis; le tympan de l'autre oreille offrait une rougeur plus légère, mais cependant plus grande qu'à l'ordinaire. » Il parle ensuite d'une femme qui avait été étranglée et qui fut autopsiée par Littré; celui-ci trouva « la membrane de l'un des tympans non seulement rouge, comme Valsalva, mais encore déchirée, de sorte qu'elle avait répandu environ une once de sang ».

Bernt (2) trouva du sang dans l'oreille gauche d'un pendu, mais ne se prononce pas sur sa provenance. Wilde (3) rapporte l'observation anatomique d'une femme de quarante ans qui s'était pendue et chez laquelle on trouva du sang dans la caisse, à gauche, avec rupture triangulaire du tympan dans le segment postérieur de la membrane tympanique, un peu au dessous et en arrière de la courte apophyse. Wilde dit qu'une rupture de ce genre peut se produire par compression brusque de l'air dans la trompe et la caisse, mais il ne s'explique pas comment elle peut se faire dans la pendaison, où la bouche et le nez restent ouverts. Taylor (4), dans son *Traité de Médecine légale*, parle d'un enfant de quatorze ans qui fut étranglé par sa cravate saisie par le volant d'une machine et eut un écoulement abondant de sang par la bouche et les oreilles : il guérit, et le point de départ de ces hémorragies n'est pas indiqué.

(1) Morgagni : *De sedibus et causâ morborum*, trad. Destouet; lettre XIX p. 406 et 408.
(2) Bernt : *Beit. zur ger. Arzneik.*, 1818. Cité par Hofmann.
(3) Wilde : *Traité pratique des Maladies de l'oreille.*
(4) Taylor : *Traité de Médecine légale*, trad. H. Coutagne.

Le cas le plus intéressant est celui d'Ogson (1), en raison de la discussion et des travaux auxquels il a donné lieu en Allemagne. Il s'agissait d'un cas de pendaison dans lequel l'oreille droite fut trouvée normale; du côté gauche, une rupture à lambeau s'étendait de l'extrémité inférieure du manche vers la partie inférieure : elle avait la forme d'un V à pointe dirigée un peu en avant et à lambeau renversé en dehors. Cette observation étant venue en discussion à la Société des Médecins allemands de Prague, Zaufal (2) dit avoir examiné la pièce anatomique et chercha à en donner une explication. Par contre, Maschka, qui, l'année suivante, publia un cas d'hémorragie de l'oreille (3), dit avoir fait de nombreuses autopsies de pendus sans avoir pu constater la rupture du tympan.

On le voit, les faits de ce genre sont très rares et si leur réalité est admise par Urbantschitsch (4), elle est contestée par Politzer et par Trautmann (5) qui n'est pas éloigné de penser que les ruptures constatées chez les pendus sont survenues post mortem et reconnaissent pour cause la chute du cadavre après la section de la corde.

Cette opinion ne me paraît pas pouvoir être soutenue, en raison des ecchymoses et des hémorragies de l'oreille qui ne sont pas rares chez les pendus et les étranglés. La plupart des observateurs qui ont examiné l'oreille chez les enfants étranglés ont constaté des hémorragies dans le coussinet muqueux. Lacassagne (6), à propos d'un cas examiné avec Gellé, regrette que les médecins légistes ne pratiquent pas plus souvent l'examen de l'oreille chez les pendus et exprime l'idée que chez les pendus ayant eu des lésions de l'oreille amenant le boursouflement de la muqueuse on pourrait observer les mêmes lésions que chez

(1) Ogston : « Death by hanging » (*Med. Times and Gaz.*, 1876).

(2) Zaufal : *Prag. med. Wochens.*, 1878, p. 446.

(3) Maschka : *Wien. med. Wochens.*, n° 22, 1879.

(4) Urbantschitsch : *Handbuch der Ohrenheilk.*, de Schwartze, t. I, p. 439.

(5) Trautmann : « Verlitz des Ohres », in *Rev. encyc. de Méd. légale* de Maschka, 1881.

(6) Lacassagne : *Précis de Médecine judiciaire*, 1878, p. 270.

le nouveau-né mort par suffocation. Enfin Legroux et Gellé (1) ont fait des recherches expérimentales sur les ecchymoses en tuant des chiens par strangulation ou pendaison et ont constaté la présence de plaques ecchymotiques et de suffusions sanguines sous et dans la muqueuse du tympan.

C'est surtout Hofmann (2) qui s'est livré à une étude très complète des hémorragies de l'oreille chez les pendus, à propos d'un cas observé par lui chez un homme de soixante-huit ans. Les deux pavillons étaient couverts de sang et les deux conduits étaient remplis de sang à demi coagulé et desséché. Les deux tympans ne présentaient pas de rupture, et il n'y avait pas de sang dans les caisses. La face externe du tympan, en haut et en arrière, ainsi que la partie supérieure du revêtement du conduit, présentaient des soulèvements épidermiques remplis de sang.

L'observation publiée peu après par son assistant Zillner (3) est calquée sur la première : dans les deux conques on trouve environ une cuillerée à café de sang en partie coagulé, en partie liquide, qui remplissait également les conduits et qui, du côté droit, avait coulé sur la joue et sur le cou, sur une longueur de 5 centimètres. Le tympan droit présente sur sa face externe une déchirure de la couche épidermique ayant environ 4 millimètres, dirigée de l'umbo vers la partie postéro-supérieure; mais le tympan n'est pas rompu. Nombreuses taches ecchymotiques et soulèvements épidermiques pleins de sang dans le conduit et au niveau du tympan; ecchymoses sur la face interne de la membrane, la face interne et la face antérieure de la caisse, à l'ouverture de la trompe, etc. — Du côté gauche, on constate le même état, mais la rupture épidermique du tympan n'a que 2 millimètres.

Pellier (4) a également vu, dans un cas, du sang couler par

(1) Legroux et Gellé : *Ann. d'Hygiène publique*, 1878.
(2) Hofmann : « Blutung aus den Ohren bei Erhængten » (*Wien. med. Presse*, nos 7 à 10, 1880).
(3) Zillner : *Wien. med. Wochens.*, nos 36 et 37, 1880.
(4) Pellier : « Cont. à l'ét. méd.-lég. de la pendaison » (Th. de Lyon, 1883).

le conduit auditif externe des deux côtés, mais il n'a pas fait d'examen plus approfondi de l'oreille.

Voici maintenant mon observation :

Observation. — Le nommé D..., tisseur, âgé de soixante-un ans, est entré à l'Asile Sainte-Eugénie le 23 mars 1892. Cet homme s'est toujours bien porté, et dans ses antécédents on ne trouve à relever qu'une épistaxis grave, il y a quinze ans ; il a vu apparaître, il y a dix-huit mois à deux ans, dans la région latérale droite du cou, de petites tumeurs ganglionnaires, indolentes, dures au toucher, mobiles sous la peau, qui se sont développées progressivement. Elles ont atteint actuellement un volume considérable, se sont soudées les unes aux autres et forment une énorme tumeur bosselée, dont la masse principale est sous le maxillaire droit et descend en s'atténuant jusqu'à la clavicule : le côté gauche est à peu près indemne. Le malade a de la peine à respirer, d'autant plus qu'il y a trois mois il a été atteint de bronchite purulente. Il a maigri, perdu ses forces et l'appétit et a des sueurs nocturnes.

Les ganglions paraissent s'être étendus au médiastin, car il y a de la matité sous la clavicule droite et sous le sternum ; la respiration, très soufflante sous la clavicule droite, est très diminuée à gauche. En arrière, dans toute l'étendue des poumons, respiration très soufflante, avec gros râles sibilants disséminés et râles fins aux bases, surtout à droite.

Il y a de la dyspnée, une sensation de gêne au niveau du cou, de la cyanose très marquée de la face et des extrémités avec turgescence des veines du cou. Sauf un peu d'albumine dans l'urine, il n'y a rien à signaler dans les autres organes.

L'état du malade ne fit que s'aggraver. L'observation consigne l'augmentation de la tumeur, l'apparition de la dysphagie puis d'un cornage très accentué. L'examen du sang n'avait révélé qu'une augmentation légère des globules blancs, et on avait dès le début porté le diagnostic de lymphosarcome.

Le 22 mai, à onze heures et demie du soir, le malade est trouvé pendu à l'espagnolette de la fenêtre des cabinets : les pieds touchent le sol et il est à demi agenouillé, les bras verticaux, la tête penchée en avant. Il avait quitté son dortoir environ une demi-heure auparavant. Il s'était servi de sa ceinture ayant environ 5 centimètres de largeur. Le nœud formé était lâche.

A l'autopsie, on trouve la face violacée d'une manière uniforme, les ongles cyanosés, les oreilles et les lèvres bleues, ces dernières avec

liséré ecchymotique sur leurs bords libres. Les paupières sont entr'ouvertes et il y a une ecchymose étendue sous la conjonctive gauche. Rien à signaler du côté des organes génitaux.

Sillon réel, complet, large, avec bourrelet légèrement œdémateux, siégeant dans la région hyoïdienne, au niveau et au dessus du larynx. On ne trouve rien dans les artères et les veines du cou, mais la grande aile gauche de l'os hyoïde est fracturée, ce qui donne une mobilité anormale. Pas de fracture du larynx.

L'énorme tumeur de la région cervicale droite est constituée par des ganglions lymphadéniques, dont quelques-uns atteignent le volume d'un œuf de poule. Il en existe également en quantité dans le médiastin, qui entourent les bronches et les gros vaisseaux, aplatissent la trachée à 3 centimètres au dessus de la bifurcation, adhèrent aux deux poumons, remontent sous la clavicule droite et se prolongent le long de la colonne vertébrale. Il y a deux noyaux de généralisation secondaire dans la rate.

Les os du crâne sont peu épais : il y a une hémorragie sous-arachnoïdienne à gauche, au niveau de la deuxième circonvolution frontale.

Un examen spécial a été fait des deux oreilles. La droite a paru complètement normale. Le tympan gauche présente une rupture ovalaire, ayant de 3 à 4 millimètres de longueur, située au dessous et un peu en arrière du manche, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Les bords en sont rouges et ecchymotiques, mais il n'y a pas d'hémorragie. Après l'ablation du toit de la caisse, les osselets ont paru à leur place, sans rupture des ligaments, mais ils sont recouverts d'une sorte de suffusion sanguine qui les fait vivement contracter avec ceux du côté opposé. La muqueuse présente la même teinte congestionnée, presque ecchymotique, avec de petits points plus rouges disséminés sur les parois antérieure et interne, ainsi qu'à l'orifice de la trompe. Le labyrinthe, examiné extemporanément, n'a pas paru présenter de lésion congestive ou hémorragique.

Je ferai remarquer que chez cet homme la rupture du tympan et la congestion avec pointillé hémorragique de la caisse se sont produites du côté où le cou ne présentait pas de déformation par les ganglions, sans que je puisse dire que cette condition ait eu une influence décisive sur la production de la rupture. Il est difficile en effet d'expliquer celle-ci dans les cas où elle existe.

Zaufal donne le mécanisme suivant : refoulement en haut de la base de la langue, compression de l'orifice de la trompe d'Eustache, augmentation de la pression de l'air dans la caisse du tympan et rupture de la membrane. Il se base sur la constatation, faite au moyen d'une section antéro-postérieure de la tête et de la face de pendus congelés, que la langue est refoulée et vient remplir toute la cavité pharyngienne. Mais Wilde a déjà fait remarquer que l'air pouvant s'échapper par le nez, la compression n'est guère admissible, et Hofmann ajoute que si ce mécanisme était vrai, il devrait y avoir une rupture double du tympan, ce qui ne s'est pas produit dans les cas publiés.

Quant à l'explication de lésions post mortem donnée par Trautmann, j'ai déjà dit qu'elle n'était pas admissible, en raison des ecchymoses et des hémorragies que l'on constate en même temps. J'ajouterai que dans mon cas où le malade était presque agenouillé et fut détaché avec précaution, le traumatisme me paraît peu probable.

Il est à noter enfin qu'il n'y eut pas d'hémorragie par l'oreille rupturée, bien que le malade fût fortement cyanosé avant et après sa pendaison. Hofmann a beaucoup insisté sur ce point que les hémorragies ne se produisent que dans les cas où il y a de la cyanose ; pour lui, l'hémorragie sous-épidermique du conduit et de la muqueuse de la caisse est fréquente chez les pendus, mais ne se rencontre guère que dans les cas où il y a de la cyanose et des hémorragies sous-conjonctivales. D'après lui, le plus souvent, les pendus seraient pâles. S'il ne s'est pas produit d'hémorragie dans mon observation, c'est que dans la majorité des cas la rupture du tympan, quelle qu'en soit la cause, ne produit que l'écoulement insignifiant de quelques gouttelettes de sang. Pour qu'il y ait hémorragie, il faut qu'il s'ajoute à la rupture la condition signalée par Hofmann.

En résumé, on peut constater chez les pendus des ecchymoses du conduit et de l'oreille moyenne, des hémorragies auriculaires et des ruptures du tympan. C'est là un point qui mérite l'attention des otologistes, puisque l'explication des

ruptures reste encore à donner, et celle des médecins légistes, car dans les cas douteux, et abstraction faite des cas qui peuvent faire naître les taches sanguines, la constatation des signes indiqués ci-dessus pourra permettre d'affirmer que le sujet examiné a été ou s'est pendu vivant et non pendu après la mort, pour faire croire à un suicide par exemple.

DISCUSSION

M. Gellé. — J'ai fait des expériences sur des chiens ; j'ai vu, sans pouvoir m'expliquer la cause de ce fait, qu'il y avait pendant la pendaison une congestion intense du tympan pouvant aller jusqu'à l'hémorragie, et en même temps une anémie très prononcée de la rétine.

CHOLÉSTÉATOME DE L'OREILLE MOYENNE. TRAJET FISTULEUX. VERTIGE DE MÉNIÈRE

Par le Dr **LACOARRET** (de Toulouse).

Le choléstéatome de l'oreille moyenne peut, on le sait, se développer et persister pendant plusieurs années, sans donner lieu à des symptômes très marqués ou du moins spéciaux. Les malades, en effet, présentent bien les altérations fonctionnelles de l'ouïe dues aux lésions qui ont atteint l'oreille à une époque plus ou moins éloignée, mais ils sont peu ou point incommodés par l'accumulation de ces masses caséeuses qui n'ont souvent été tout d'abord que des trouvailles d'autopsie.

Si cependant les choses se passent d'une façon aussi silencieuse dans des cas certainement assez rares, bien plus fréquentes sont les complications occasionnées par l'accroissement continu et par la rétention de ces produits de desquamation épithéliale ou d'exsudation purulente. Ces complications, qui font du choléstéatome une affection extrêmement grave, sont de nature diverse; elles provien-

nent du développement de la masse choléstéatomateuse, de l'usure et de la destruction progressive du temporal.

Quand le choléstéatome évolue vers le dehors, à travers les cellules mastoïdiennes, et perfore l'enveloppe compacte de l'apophyse derrière le pavillon ou dans le conduit auditif externe, dans une région enfin peu dangereuse, le péril est moindre. Mais si la masse choléstéatomateuse fait irruption en haut ou en dehors vers l'encéphale, on voit se dérouler toute une série d'accidents redoutables : l'abcès du cerveau, la méningite, la thrombose du sinus, etc. Ces désordres sont peut-être encore plus fréquents lorsque le choléstéatome provient d'un processus suppuratif. Dans ce cas, en effet, par suite de la rétention du pus, et sous l'influence de poussées nouvelles, il se produit à distance des foyers secondaires, de la carie et des nécroses parfois très étendues. Ici encore, le pronostic sera naturellement meilleur et la guérison plus facile, si le pus fusant vers l'extérieur chemine entre le périoste ou les parois cutanées du conduit auditif externe et vient sourdre par un trajet fistuleux, comme dans l'une de nos observations, derrière le pavillon. D'autres fois enfin, les accidents paraissent plus menaçants qu'ils ne le sont en réalité et donnent lieu à des crises vertigineuses d'une intensité extrême. Dans quelques cas encore, la masse choléstéatomateuse ne déterminera, comme nous le disions au début, que des symptômes effacés, un peu de lourdeur de tête, des bourdonnements, si le traitement intervient à temps pour éviter des désordres plus considérables.

Nous réunirons ici les observations de deux malades qui ont présenté des complications différentes dues au choléstéatome de l'oreille moyenne; complications résultant uniquement de ces néoformations, puisque l'enlèvement des masses caséeuses a seul suffi pour amener la guérison.

Observation I. — Mlle A..., fillette de treize ans, nous est amenée dans le courant du mois de décembre 1892. Ses parents paraissent jouir d'une bonne santé, mais l'enfant a toujours été chétive. A l'âge de sept ans, il y a par conséquent six ans, elle fut atteinte de la rougeole,

qui amena sa suite un écoulement de l'oreille droite. On remarqua également qu'à partir de cette époque, l'audition de l'oreille gauche avait baissé dans de notables proportions. L'écoulement de l'oreille droite a toujours persisté avec plus ou moins d'abondance, et, après quelques mois, devint d'une grande fétidité. Pendant l'été, il paraît cesser, ce qui a fait croire, à plusieurs reprises, à une guérison ; mais au moindre froid humide, il reparaît avec les mêmes caractères. Les soins de propreté, indiqués par un médecin et consistant en lavages avec une décoction de feuilles de noyer, n'ont jusqu'à présent donné aucune amélioration appréciable.

L'examen fonctionnel de l'oreille nous donne les résultats suivants :

P. C. D. } P. C. G. } bonne.	Diap... M. à D.
O. D... 0,01 cent.	R. O. D. } R. O. G. } —
O. G... 0,08 cent.	Bourdonnements, vent.

Après avoir lavé et séché l'oreille droite, nous constatons que le tympan a à peu près complètement disparu, il n'en reste qu'une étroite bande en bas et en arrière. La caisse est vide de la plus grande partie de ses osselets, qui, cariés, ont été entraînés par la suppuration, mais elle est remplie de fongosités qui saignent au moindre contact. Ces fongosités sont surtout nombreuses en bas, en avant et en arrière. L'étrier est resté en place, mais il est enfoncé sous une masse granuleuse. Du côté gauche, nous constatons que le tympan est terne et déprimé. Le triangle lumineux n'est plus que punctiforme. Quelques adhérences assez lâches se remarquent à la partie antérieure; la chaîne, un peu raide, est cependant mobilisable. En somme, ce sont les lésions de l'otite moyenne catarrhale et de l'obstruction de la trompe d'Eustache. Les sécrétions nasales sont abondantes, la muqueuse des cornets est tuméfiée, la respiration nasale très diminuée. Végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Nous ne nous étendrons pas bien longuement sur le traitement de ces diverses lésions. Il nous suffira de dire que, la petite malade se montrant assez docile, nous pûmes, après insensibilisation à la cocaïne, détruire les fongosités de la caisse au moyen de la curette, sans grandes douleurs et sans écoulement notable de sang. Le curettage de la caisse fut suivi de cautérisations à l'acide chromique liquide. La médication fut complétée par des lavages boriqués, par des instillations astringentes et antiseptiques.

D'un autre côté, les insufflations avec la poire de Politzer amélio-

rèrent notablement l'audition de l'oreille gauche, surtout après l'ablation des végétations adénoïdes.

Après trois mois de traitement, la suppuration était complètement tarie du côté droit, mais l'audition était sensiblement la même. A gauche, la montre était perçue à 63 centimètres, la respiration nasale parfaitement libre. La petite malade pouvait être considérée comme guérie; mais, par mesure de précaution, nous recommandâmes de nous l'amener de temps en temps. Au mois de juin de la même année 1893, les parents furent appelés en Espagne et nous n'en eûmes plus de nouvelles jusqu'au mois d'octobre 1894. A ce moment, ils nous ramenèrent la fillette et nous racontèrent que la guérison s'était maintenue complète en apparence jusqu'au milieu d'août 1894; mais, qu'à cette époque, l'enfant avait ressenti de violentes douleurs dans l'oreille droite; en quelques jours, il s'était formé une tuméfaction en arrière du pavillon et en haut. Le médecin appelé fit à ce niveau une incision au bistouri et il en sortit du pus non fétide. Depuis lors, c'est-à-dire depuis deux mois, l'ouverture ne s'était pas refermée. Aucun écoulement ne s'était manifesté par le conduit auditif externe. Nous constatons en effet l'existence du trajet fistuleux, qui paraît se diriger du côté de la caisse en suivant la paroi postéro-supérieure du conduit, mais en aucun point nous ne sentons de surface osseuse dénudée; le pus qui s'écoule est épais, et ne présente pas de fétidité.

A l'examen de l'oreille, nous remarquons que la paroi supérieure du conduit est tuméfiée, en efface le calibre et ne permet pas un examen complet du fond de la caisse. Nous prescrivons des lavages antiseptiques faits par le trajet fistuleux et par l'oreille; nous pratiquons la dilatation du conduit au moyen de tiges de laminaire, et peu de jours après nous pouvons nous livrer à un examen convenable, la tuméfaction ayant en grande partie disparu. Nous constatons alors que la caisse est distendue par une masse blanchâtre de consistance assez dure, que nous mobilisons avec peine après l'avoir ramollie. Des injections poussées avec une assez grande force amènent enfin l'expulsion d'un gros bouchon blanc qui est constitué par des lamelles épidermiques stratifiées et élastiques. Les parois de la caisse sont minces et lisses, comme atrophiées. Une injection faite par le trajet fistuleux ressort par le conduit auditif.

Avec un stylet garni de ouate et trempé dans une solution de nitrate d'argent au dixième, nous raclons le trajet fistuleux. Pansement compressif, lavages boriqués, instillations d'alcool. Au bout de quinze jours, la suppuration était tarie, le trajet fistuleux fermé, et la guérison s'est maintenue depuis cette époque.

Dans l'observation qui vient d'être rapportée, il est facile de suivre la marche des accidents après l'arrêt de la suppuration et la guérison de l'otorrhée. Par suite de la desquamation de la surface cutanisée de la caisse, desquamation assez active dans le cas actuel, il s'est produit une accumulation énorme de masses épidermiques stratifiées qui ont fini par remplir la totalité de la caisse du tympan. Cette accumulation, soit par elle-même, soit par l'adjonction de causes nouvelles, a déterminé une poussée inflammatoire qui a abouti en définitive à la formation d'un abcès. Et ce qui prouve jusqu'à un certain point que cet abcès n'était pas dû au retour de l'ancienne otorrhée, mais un abcès franc et aigu, c'est d'une part sa violence, et d'autre part sa guérison rapide. On peut voir dans le cours d'une otorrhée survenir des accidents aigus, la chose n'est pas discutable; mais une fois calmés, l'écoulement primitif persiste et continue sans paraître influencé par l'orage qui vient de passer.

Ce n'était pas ici le cas. D'autre part, l'absence de carie osseuse qui, à la longue, il est vrai, eût pu se produire, mais alors d'une façon secondaire, absence de carie constatée par de minutieuses explorations au stylet, cette intégrité des parois osseuses et l'état parfait de la muqueuse de la caisse, plaident en faveur d'un accident aigu provoqué par la présence du choléstéatome et ne se rattachent en aucune façon à l'affection primitive. Nous insistons à dessein sur ce point pour indiquer la genèse de ce choléstéatome survenu après la guérison d'une otorrhée et afin de montrer sa nature purement épidermique en opposition avec d'autres formations mixtes amenées par un processus purulent faible, qui s'accompagne de desquamation plus ou moins abondante.

Cet abcès, identique comme point de départ et comme allures à celui dont nous avons déjà donné la relation dans un cas d'obstruction du conduit par bouchon de cérumen (1), cet abcès, une fois formé, a cherché sa voie d'écoulement.

(1) *Annales de la Policlinique de Toulouse*, n° 6, juin 1893.

Ne pouvant dissocier les lamelles épidermiques imbriquées qui constituaient le choléstéatome, il s'engagea, fort heureusement du reste, vers l'extérieur, passant entre le périoste et le revêtement cutané du conduit auditif externe. Il suffit, comme on l'a vu, de débarrasser la caisse des produits qui s'y étaient accumulés pour causer l'oblitération d'un trajet fistuleux persistant et pour amener une guérison définitive, mais qui demande à être surveillée.

Obs. II. — M. L..., âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament lymphatique prononcé, vint nous consulter, dans le courant de l'année 1893, pour des bourdonnements et une aggravation de la surdité de l'oreille gauche, survenue dernièrement à la suite d'un rhume de cerveau. Ce malade nous dit avoir été soigné à Paris, il y a quinze ou vingt ans, pour une affection de cette même oreille. On lui en aurait, prétend-il, extrait un kyste. Il est probable, cependant, étant données les constatations que nous faisons quelques instants plus tard, qu'il s'agissait plutôt d'une otorrhée avec prolifération de bourgeons et qui aurait nécessité l'extraction de quelque polype.

L'examen fonctionnel de l'organe donne les résultats suivants :

P. C. D. / P. C. G. } bonne.	Diap... M. à G.
O. D... 0,25 cent.	R. O. D. / R. O. G. } —
O. G... 0,04 cent.	Bourdonnements, vapeur.

La voix est perçue en voix de polichinelle.

A l'examen direct, nous constatons qu'il existe du côté droit des lésions d'otite catarrhale ancienne. A gauche, un tissu cicatriciel moule les osselets et s'applique fortement sur le manche du marteau, qui est à peu près immobile. Cet osselet paraît même abaissé et rejeté sur la paroi postérieure où il s'adosse et où il est maintenu par des adhérences résistantes. Le fond de l'oreille est humide, il existe un suintement extrêmement léger, mais très fétide. Nous prescrivons des lavages et des instillations antiseptiques, et nous pratiquons le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Après quelques jours de traitement, une amélioration sensible s'étant produite (O. D. 1 mètre; O. G. 0,10 cent.), nous ne revoyons plus le malade.

Cinq ou six mois plus tard, nous sommes appelé auprès de lui. Depuis trois ou quatre jours, il est atteint, sans cause appréciable, de

bourdonnements et de crises vertigineuses intenses. Le vertige est tellement violent, qu'étendu sur son lit, il lui est impossible de faire un mouvement, de soulever ou de remuer la tête à droite et à gauche, d'ouvrir même les yeux, sans être pris immédiatement de nausées et de vomissements. L'état vertigineux est permanent. Bien que le malade, par coquetterie, n'ait jamais avoué à sa femme qu'il souffrait d'une oreille et n'en ait pas davantage parlé à son médecin, M. le Prof. André qui le soigne diagnostique un vertige de Ménière et veut bien nous faire appeler pour avoir notre avis. Nous constatons un léger suintement fétide par le conduit; mais il ne nous est pas possible, du moins pour le moment, de faire un examen complet.

Irrigations abondantes à l'acide borique. Révulsion sur l'apophyse mastoïde, purgatifs, sulfate de quinine et bromure, etc.

Après douze ou quinze jours de ce traitement, les crises vont en s'atténuant. Il ne reste que du vide cérébral, à la condition cependant que le malade ne s'agite pas, ne se tourne pas ou ne se baisse pas brusquement.

Quelques jours plus tard, M. L... peut se rendre à notre consultation. Nous explorons alors plus minutieusement l'oreille gauche, et nous constatons ainsi qu'entre la marge tympanique et le col incliné du marteau se trouve une mince fente par laquelle on peut (le tympan étant détruit depuis longtemps) pénétrer directement dans l'attique. Or, nous sentons avec le stylet que le recessus epitympanicus, au lieu d'être libre, est encombré de masses molles, et nous ramenons au dehors une parcelle de matière caséeuse extrêmement fétide. Avec une fine curette, puis au moyen d'injections faites directement dans la logette avec la seringue d'Hartmann, nous arrivons, après plusieurs efforts, à expulser quelques blocs de la même substance. Après des instillations de glycérine carbonatée et de nouveaux lavages, nous arrivons à désobstruer complètement toute la coupole. Depuis cette époque, et notre intervention date d'un an, la guérison s'est maintenue.

Nous avons encore revu dernièrement notre malade : il ne paraissait rien de suspect et la logette des osselets était absolument libre.

Du côté droit, l'audition de la montre se fait à un mètre; du côté gauche elle s'est maintenue à 10 centimètres. M. L... peut impunément se livrer à toutes ses occupations et n'est un peu désagréablement impressionné que lorsqu'il sort par un temps de grand vent.

Cette observation nous montre le développement d'une masse cholestéatomateuse dans la partie supérieure de la

caisse, dans une région où on rencontre d'habitude ces productions à la suite de destructions de la membrane de Schrapnell. Bien que le tympan ait été depuis longtemps déjà déformé, dans le cas qui nous occupe, on peut voir que les conditions ordinaires de rétention se trouvaient réalisées d'un côté par la saillie cicatricielle englobant les osselets en bas, et d'un autre côté par le repli cutané de la partie supérieure du conduit. Il existait ainsi une cavité où pouvaient facilement s'accumuler les débris épidermiques et purulents sans communication suffisante avec l'extérieur.

Si nous admettons sans peine que le choléstéatome était déjà développé au moment de notre premier examen, nous ne pensons pas cependant que les premiers symptômes pouvaient lui être rapportés.

L'obstruction et le catarrhe tubaire, même dans les cas de vaste perforation de la membrane du tympan, donnent lieu à une aggravation de la surdité habituelle et à une différence dans la perception de la tonalité des sons. Il suffit alors, nous l'avons maintes fois constaté, de désobstruer la trompe, sans changer en rien les conditions de transmission du son dans la caisse par une intervention directe sur les débris d'organes qui y sont contenus, pour voir l'audition s'améliorer d'une façon parfois surprenante.

Le point de départ de l'affection, la nature des symptômes observés, la double atteinte des oreilles et les résultats du traitement montraient bien le caractère purement catarrhal de la lésion.

Les seconds accidents présentés par notre malade nous paraissent devoir être mis plus particulièrement sur le compte du choléstéatome ou du moins de la suppuration qui en partie lui a donné naissance. Sous l'influence d'une poussée congestive et suppurative plus intense, la masse s'est accrue, l'inflammation s'est propagée à l'oreille interne, peut-être également aux méninges, et cette propagation a eu pour conséquence immédiate les crises intenses de vertige de Ménière que nous avons rapportées. En présence de la difficulté où nous nous trouvions de pratiquer un

examen complet, et comme d'ailleurs, avant tout, il convenait de calmer ces phénomènes d'excitation : c'est ce que nous fîmes. Quelques jours plus tard, lorsque le calme était à peu près rétabli, la recherche de la cause possible de l'accident nous permettait de découvrir une masse cholésteatomateuse que le curettage et les lavages parvenaient à ramener au dehors. Un traitement dirigé contre l'otorrhée et sa guérison nous mettaient jusqu'à un certain point à l'abri de toute nouvelle surprise, qui sera encore évitée par la surveillance des anciennes lésions de l'oreille.

Tels sont les deux faits cliniques que nous avons tenu à rapporter en raison des complications intéressantes qu'ils ont provoquées. Nous n'avons certes pas l'intention de nous étendre sur l'histoire aujourd'hui mieux connue du cholésteatome de l'oreille moyenne, mais qu'on nous permette de dire simplement quelques mots sur la génèse de ces productions.

La théorie ancienne, celle qui consiste à regarder le choléstéatome comme une tumeur primitive, ne compte plus que peu de partisans, depuis que, par une étude plus approfondie et par des examens plus complets, les otologistes ont répandu quelque peu de lumière sur cette question. Dans tous les cas, la formation primaire de ces tumeurs par produits épidermiques détachés pendant la vie embryonnaire ne peut être qu'excessivement rare. Bien plus fréquentes au contraire sont les formations secondaires, sur la genèse desquelles cependant varie l'opinion des auteurs. S'agit-il, comme le veulent Trœltsch, Wendt, Schmiegelow, d'une métaplasie, de produits formés par la rétention de cellules épithéliales dans les cavités de l'oreille moyenne enflammée, dont l'épithélium cylindrique normal s'est transformé, par suite de cette inflammation, en épithélium pavimenteux stratifié ? Existe-t-il au début un noyau de pus concret, un débris quelconque jouant le rôle irritant de corps étranger ? Ne se trouve-t-on en présence, comme le veut Wendt, que d'une otite moyenne desquamative ?

S'agit-il, au contraire, ainsi que l'ont démontré Bezold et

Habermann, d'une invasion de la caisse par l'épiderme du conduit, à travers les perforations du tympan? En réalité, suivant Politzer, la clinique et l'anatomie pathologique démontrent que le développement du choléstéatome doit être rapporté à des causes diverses. Il ne convient donc pas, croyons-nous aussi, de se montrer à cet égard trop exclusif : les deux opinions trouvent l'une et l'autre, selon l'examen des faits, leur confirmation et peuvent être admises au même titre.

Qu'on ait donc affaire à une métaplasie ou à une épidermisation de la muqueuse de la caisse, d'autres conditions sont nécessaires pour donner lieu à la production ou plutôt au développement du choléstéatome. Il faut d'une part qu'il existe une irritation suffisante du revêtement de la caisse pour amener la desquamation excessive et constante de ses couches superficielles, ainsi que l'indique Politzer, et d'autre part qu'il se rencontre un obstacle quelconque à l'expulsion spontanée des masses néoformées. On rencontre dans presque tous les cas cliniques présentés et bien observés cette double particularité. Il en résulte que les choléstéatomes se montrent tantôt à la suite d'otorrhées guéries, peu de temps après la cessation de l'écoulement, pendant que la période de réparation est en pleine activité, tantôt dans les otorrhées peu abondantes comme écoulement, simplement suintantes, dont la suppuration n'est pas suffisante pour entraîner les masses desquamées, et quand, dans l'un et l'autre cas, diverses conditions de rétention se trouvent réalisées. Dans les deux cas également, en dehors de l'excitation inflammatoire insuffisamment éteinte à la suite d'une guérison récente, excitation qui se traduit par une prolifération cellulaire plus active, en dehors encore de la persistance de lésions imparfaitement guéries dont les exsudations macèrent et détachent les couches superficielles, dans les deux cas, disons-nous, le premier noyau formé jouera le rôle de corps étranger et, par l'irritation qu'il déterminera, poussera à une desquamation plus abondante.

En somme, toute théorie sur la genèse immédiate de ces

néoformations mise de côté, elles sont toutes admissibles; on peut, au point de vue purement clinique, assimiler dans une certaine mesure le choléstéatome de l'oreille moyenne à d'autres produits de desquamation et de rétention, par exemple à la rhinite caséeuse, appelée aussi choléstéatomateuse, à l'amygdalite folliculaire, même aux bouchons épidermiques du conduit auditif externe, etc. C'est à ce titre qu'on doit refuser à ces productions, comme seraient tentés de le faire quelques auteurs, une existence propre. Que trouve-t-on en effet dans les masses choléstéatomateuses : une agglomération de cellules stratifiées et concentriques, de la cholestérine, des microbes divers, quand il s'agit d'un choléstéatome pur. Ces formations, si elles sont de nature épidermique, sont d'ordinaire assez dures, élastiques, sans odeur, comme celles de notre première observation.

D'autres fois, les cellules sont disposées sans ordre; on y rencontre les mêmes éléments que précédemment et en plus des globules de pus. Cette variété s'observe dans les otorrhées faibles, incomplètement guéries : c'est le choléstéatome de notre seconde observation, qui forme une masse molle, caséeuse et fétide.

Dans le coryza caséeux, dans les cryptes amygdaliennes, on rencontre également des cellules plus ou moins déformées, des cellules graisseuses, des cristaux d'acides gras, des microbes divers, etc. Ce sont là les éléments fondamentaux du choléstéatome de l'oreille. L'analogie est complète. Indépendamment, en effet, des éléments nouveaux empruntés au milieu différent dans lequel naissent ces masses, leur composition est la même. Quant à leur développement, il est aussi identique : irritation inflammatoire et prolifération cellulaire, accumulation et rétention des produits desquamés.

Il s'ensuit donc que, comme le coryza caséeux, le choléstéatome de l'oreille n'est qu'une complication et non pas une entité pathologique définie.

Nous serons bref sur la question du traitement. Nous nous bornerons à dire qu'il devra être préventif et curatif.

On surveillera assez longtemps les otorrhées après la disparition complète de l'écoulement.

Que la guérison soit obtenue par l'épidermisation de la caisse ou par les transformations plus ou moins considérables de l'épithélium de la muqueuse, on s'efforcera, à l'aide de moyens appropriés, de calmer la prolifération trop active des couches superficielles.

Si le choléstéatome existe déjà, on cherchera à l'extraire par les procédés bien connus : instillations, injections, curettage, etc. ; puis, on modifiera la cavité qui le renfermait par une thérapeutique diverse. Si enfin l'intervention opératoire ne peut nuire au degré d'audition de l'oreille malade, on tâchera, soit par la résection d'une partie du tympan, soit par l'enlèvement des osselets, etc., de supprimer les obstacles qui ont une première fois déterminé la rétention des produits de desquamation.

EXPOSÉ CRITIQUE DE QUELQUES CAS RARES

Par le Dr **CASTEX** (de Paris).

J'ai pensé faire œuvre utile en venant, cette année, exposer devant vous les cas particulièrement intéressants pour notre spécialité que j ai pu rencontrer dans ma pratique au cours de 1894. Parmi ces faits, il en est de plus ou moins rares ; mais comme ils sortent tous de l'observation courante, ils m'ont semblé dignes d'être portés à votre connaissance, surtout par les considérations qu'ils comportent en diagnostic et en thérapeutique.

J'ai classé mes observations en cinq groupes principaux, suivant qu'il s'agissait d'affections :

1° Des cavités buccale et pharyngienne; 2° du larynx : 3° du nez; 4° des oreilles ; 5° des organes connexes (corps thyroïde, œsophage, etc.).

J'ai mis la *critique* que comportent ces divers faits à côté de leur *exposé*.

§ 1. — Bouche et Pharynx. — Je n'ai rien vu dans ces cavités qui tranche beaucoup avec l'observation journalière; mais j'ai pu à maintes reprises constater le rôle important que joue le nervosisme du sujet dans les manifestations morbides de la région. J'ai relevé, dans mes fiches d'observations, trois cas d'ulcérations ou tumeurs imaginaires de la langue, trois cas d'hypochondrie avec hypertrophie très faible des amygdales, ou avec des granulations pharyngiennes. J'ai rencontré, d'autre part, un cas de papillome de la base de la langue facilement enlevé à l'anse galvanique, plusieurs faits d'odynophagie imputable à de l'amygdalite linguale, puis un cas d'ulcération tuberculeuse de l'amygdale droite, contrôlée par l'inoculation à un cobaye, et traitée avec succès par des cautérisations à l'acide lactique.

§ 2. — Larynx. — J'ai observé, le plus souvent chez des sujets jeunes, entre dix et vingt ans, des raucités vocales qui inquiétaient ou tout au moins contrariaient les parents, sans qu'il m'ait été possible d'assigner la cause certaine. L'adénopathie trachéo-bronchique — qu'on invoque peut-être trop aisément — ne pouvait être mise en cause. Les cordes vocales, tout en étant restées blanches, me semblaient alors épaisses, bombées vers la partie moyenne de leur bord interne. J'instituai un traitement antiscrofuleux, mais j'avoue qu'il ne m'a pas donné grands résultats. Je crois voir là un desideratum de notre spécialité.

Chez quatre tuberculeux du larynx je viens d'observer la voix eunuchoïde d'une tonalité exceptionnellement surélevée. Or, ces malades n'ont presque exclusivement que de la cordite tuberculeuse, et je me demande quelle est l'explication du phénomène. Serait-ce qu'au larynx, comme ailleurs, la tuberculose provoque des contractures musculaires permanentes de voisinage, et que cette hypertension directe ou indirecte des cordes hausse considérablement le diapason de la voix? Ce n'est qu'une hypothèse, mais elle me semble d'accord avec les données de la physiologie pathologique.

Sur les larynx tuberculeux j'ai très souvent rencontré, au

début de la deuxième période, l'usure du bord libre des cordes, qui s'exulcèrent dans leurs contacts réitérés. On dirait qu'une petite gouge a été passée d'arrière en avant sur ce qui fut le bord tranchant de la corde. Pour le traitement de cette terrible affection, il me paraît qu'à la première période le mieux est de s'abstenir de toute intervention directe intra-laryngée : on traumatiserait l'organe d'une façon dangereuse. Le traitement général m'a rendu, à cette première période, de signalés services. J'y ajoute des pulvérisations *chaudes* antiseptiques (acides borique, salicylique, etc.), qui, par leur température élevée, décongestionnent la muqueuse en imminence d'ulcération.

Pour la deuxième période, je suis resté fidèle à l'acide lactique ou au naphtol camphré, à l'aryténoïdectomie ainsi qu'au curettage.

A la troisième, indépendamment des gargarismes cocaïnés, je maintiens les pulvérisations antiseptiques, car en désinfectant les parties malades, elles atténuent leur réaction inflammatoire et les rendent moins sensibles dans les mouvements de la déglutition.

La plupart des polypes laryngés étaient de petits fibromes implantés sur les cordes inférieures au voisinage de l'extrémité antérieure de la glotte. Comme cause, j'ai cru pouvoir invoquer la fatigue de l'organe ; souvent même il n'était pas possible d'en admettre d'autre. C'est ainsi que la grande majorité se rencontrait chez des instituteurs ou institutrices.

Dans les quelques cancers du larynx que j'ai observés, j'ai retrouvé la lenteur de la marche et l'absence d'adénopathies appréciables, bien que plusieurs fussent développés dans un des sinus piriformis.

J'ai rencontré quelques cas d'aphonie hystérique, dans l'un et l'autre sexe, guéris dès la première séance, soit par suggestion, soit même par des exercices d'élocution ou vocalisation. Chez un de mes malades, homme de vingt-neuf ans, la dysphonie s'est reproduite onze mois après. Deux séances d'électrisation en ont eu raison. Sur un homme de trente ans, j'ai trouvé une paralysie de la corde droite en

abduction, avec obliquité de la fente glottique, sans pouvoir invoquer d'autre antécédent morbide qu'une syphilis récente.

Enfin, les cas de *fatigue vocale*, conséquences de surmenage ou malmenage, représentent dans mes relevés un contingent nombreux.

Chez les uns, pas de lésions visibles au laryngoscope. Par exemple : une institutrice qui parle trois heures durant le matin et trois heures durant le soir ressent à la fin de la journée de l'enrouement, de la toux, une sensation de brûlure au fond de la bouche. Ces phénomènes disparaissent pendant les vacances.

C'est un employé d'une grande maison de vente qui constamment énonce des chiffres à voix haute. Tous les soirs, enrouement, toux, chaleur à la gorge.

Chez d'autres, qui se plaignaient d'un voile sur la voix, ou de la perte du registre aigu, ou d'une prompte fatigue en parlant, en chantant, ou d'un manque de souffle, je trouvais des sommets suspects de bacillose.

Enfin chez une troisième catégorie de malades existaient des congestions laryngées, des nodules, voire même de véritables laryngites chroniques. C'est qu'ils avaient abusé de leur organe, ne le ménageant même pas quand il était quelque peu enflammé. Ils avaient, tort grave au point de vue de la conservation vocale, « chanté sur un rhume ».

§ 3. — Nez. — D'abord, aux narines, c'est l'eczéma sous ses diverses formes (impétigineux ou sec) que j'ai vu dominer. Assez souvent il s'étendait à une portion de la lèvre supérieure, mais mes investigations sur la coïncidence qu'on a dite fréquente entre les eczémas et les rhinopathies diverses ne m'ont rien montré de certain. Parfois il existe en même temps des déviations de la cloison, des rhinoses hypertrophiques ou atrophiques; parfois au contraire rien d'anormal dans les fosses nasales.

Comme causes aux rhinites hypertrophiques, je relève soit une condition générale, la diathèse strumeuse principa-

lement; soit une condition locale : habitude de priser, influenza.

Comme conséquence de ces rhinoses, j'ai trouvé à diverses reprises des polypes muqueux, voire même implantés sur les cornets inférieurs. Cette coïncidence vient à l'appui de l'idée très justement exposée par notre collègue Paul Raugé (1) : que rhinite hypertrophique et polypes muqueux sont les deux formes, diffuse et circonscrite, d'un même état anatomo-pathologique (myxangiome de la muqueuse, d'après les travaux de Chatellier et Barbier).

J'ai vu assez souvent le processus atrophique coexister avec l'hypertrophique, comme s'il s'agissait de deux stades successifs.

L'atrophie se montrait dans une des fosses et l'hypertrophie dans l'autre, ou même je voyais d'un seul et même côté l'hypertrophie du cornet moyen avec l'atrophie de l'inférieur.

Mes cas d'ozène essentiel s'étaient compliqués souvent d'érysipèle de la face.

J'ai vu manifestement un cas d'ozène avec ulcération superficielle de la muqueuse.

La plupart des ulcérations ou perforations du septum m'ont paru imputables à l'habitude de se gratter le nez et dues à un mode de désintégration septique bien connu.

Dans les épistaxis à répétition, je n'ai pas trouvé aussi souvent que l'indique la statistique de Chiari (22 fois sur 25 cas) des lésions de la partie antéro-inférieure de la cloison, ulcérations ou varicosités. Sur 13 cas de ces épistaxis à retour, je note 5 fois seulement cette localisation. C'étaient encore, pour les autres cas, des ulcérations sur les cornets moyen ou inférieur, ou des congestions diffuses. Contre les lésions circonscrites, les effleurements au galvanocautère sombre m'ont toujours bien réussi.

J'ai vu deux cas de fracture du nez compliquée de suppuration. Le foyer purulent proéminait de chaque côté de la

(1) *Bulletin médical*, 31 mai 1893.

cloison à l'intérieur des fosses nasales, où il a fallu faire l'ouverture et la désinfection.

Sur la grosse question des tumeurs adénoïdes, j'ai relevé les particularités suivantes :

a) Nombre d'enfants passent pour avoir des adénoïdes qui ont seulement une scoliose de la cloison ou une voûte du cavum surbaissée dans son axe antéro-postérieur, ou même une paroi postérieure proéminente en avant, par une saillie exagérée de l'atlas et de l'apophyse odontoïde. On peut donc paraître adénoïdien sans l'être, comme on peut l'être sans le paraître.

b) La paroi postérieure du cavum est plus souvent le siège des adénoïdes que ne l'indiquent les traités classiques.

c) Les grandes irrigations antiseptiques chaudes avec le siphon de Weber peuvent dispenser de l'intervention chirurgicale en débarrassant les malades d'adénoïdites intenses entées sur des adénoïdes petites.

d) Le curettage me semble le procédé le plus radical et le plus préventif des récidives. J'utilise un anneau tranchant de Moritz Schmidt de faible diamètre pour mieux pénétrer dans tous les recoins du naso-pharynx. Le bromure d'éthyle ne m'a pas donné, jusqu'aujourd'hui, le moindre mécompte.

J'ai opéré plusieurs gros polypes fibro-muqueux du naso-pharynx. L'un s'implantait sur le dos du voile (siège non encore signalé) ; un autre était kystique, sans endothélium sur la paroi kystique.

§ 4. — Oreilles. — Les traumatismes ont principalement consisté dans des contusions ou chutes sur la tête ayant produit diverses lésions ou troubles fonctionnels dans l'organe de l'ouïe, sans qu'il y ait eu commotion cérébrale manifeste. C'étaient des ruptures de la membrane tympanique, surtout dans sa moitié inférieure, surdités temporaires, bruits musicaux. Un de mes malades me disait : « J'entends des chardonnerets. » La plupart du temps, il s'est agi en somme de commotions labyrinthiques guéries par les moyens d'usage sans persistance prolongée.

J'ai observé 5 cas d'otite moyenne et interne scléreuse, manifestement rattachés à de l'hérédo-syphilis.

A signaler aussi un cas d'otite moyenne chronique sèche chez un ataxique, survenue au cours du tabes.

Vu encore un cas d'otite de Voltolini avec complexus clinique de méningite, aboutissant à la surdité. C'était chez une fillette de quatre ans.

L'otalgie, sous ses formes variées, s'est rencontrée maintes fois, soit sans cause appréciable, soit chez des sujets dont la dentition était en mauvais état, soit à la suite d'otites moyennes guéries, soit encore chez des hystériques.

C'est surtout dans cette branche de notre spécialité, l'otiatrie, qu'on est exposé à voir de faux malades qui se croient atteints d'une affection de l'oreille quand il s'agit d'une affection de voisinage (arthrites temporo-maxillaires, douleurs rhumatismales autour de l'oreille, enfants dégénérés dont l'ouïe est insuffisante par agénésie cérébrale). Le diagnostic doit se méfier de ces apparences.

La glycérine phéniquée à 1/10, généralement si bien supportée dans les otorrhées, s'est montrée très douloureuse dans un petit nombre de cas.

Enfin une trépanation mastoïdienne avec ouverture de l'attique, que je croyais inutile n'ayant rencontré ni pus, ni tumeur, a fait disparaître toutes les manifestations morbides, soit par désinfection de l'apophyse, soit simplement par son débridement.

§ 5. — Organes connexes. — J'ai vu plusieurs cas d'épithélioma de l'œsophage avec paralysie en adduction d'une des cordes vocales. Une fois la voix était nettement bitonale. Sous l'intonation naturelle, on percevait une note très grave due sans doute à la corde paralysée.

Je citerai enfin le fait d'un jeune homme qui fut pris, à l'âge de seize ans, de crises singulières consistant en gonflements du corps thyroïde avec exophtalmie, palpitations cardiaques, obstruction et hypersécrétion nasales. Ces crises survenaient après les repas et cessaient d'elles-mêmes. La

rhinoscopie montrait un degré léger de rhinite hypertrophique. Des galvanocautérisations intra-nasales furent pratiquées, mais je regrette de ne pouvoir vous en indiquer l'effet réel, le malade ayant cessé de venir à ma clinique.

Ici, messieurs, se termine mon analyse. Elle ne s'applique, comme vous le voyez, qu'à quelques questions de la spécialité. Je n'ai voulu que consigner dans cette communication les faits d'observation moins habituelle relevés dans une année de pratique.

DISCUSSION

M. Hélot. — M. Castex a-t-il noté la rougeole dans les antécédents des jeunes sujets atteints de raucité de la voix ? En ce qui me concerne, j'ai fréquemment observé des altérations de la voix, à la suite de cette fièvre éruptive.

M. Raugé. — Je serais bien aise d'avoir l'avis de mes collègues sur les causes de la raucité de la voix chez les enfants, car, je dois l'avouer, le plus souvent je n'ai pu saisir l'origine des troubles vocaux.

M. Joal. — Après la rougeole et ses manifestations bronchiques, on constate ordinairement une tuméfaction des ganglions trachéo-bronchiques, et c'est à cette adénopathie qu'il faut rattacher les altérations vocales d'ordre parésique.

M. Poyet. — J'ai souvent observé la raucité de la voix après la scarlatine et la rougeole, et j'ai alors vu au laryngoscope un défaut de rapprochement des cordes vocales.

M. Castex. — Je n'ai pas remarqué l'influence génésique de la rougeole ; chez mes petits malades, les cordes étaient gonflées, bossuées, et j'aurais de la tendance à mettre ces lésions, comme pour les lèvres scrofuleuses, sur le compte d'un état diathésique.

M. Moure. — J'ai également eu l'occasion de traiter des enfants ayant la voix rauque ; mais le larynx était alors le siège d'une rougeur diffuse, ou plus limitée à la région aryténoïdienne plus ou moins tuméfiée ; c'est à ce gonflement que je rapporte les troubles de la voix.

DU TAMPONNEMENT MÉTHODIQUE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE PAR LA GAZE IODOFORMÉE COMME MODE DE PANSEMENT DANS LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'OREILLE ET SPÉCIALEMENT DANS LES SUPPURATIONS DE LA CAISSE DU TYMPAN

Par le Dr **HAMON du FOUGERAY** (du Mans).

S'il est un sujet qui ait donné lieu à un nombre considérable de publications, c'est incontestablement la recherche de la meilleure méthode de pansement dans les affections suppuratives de la caisse du tympan. Partant de ce principe que toute suppuration aiguë ou chronique est fonction d'un microbe, les divers traitements proposés ont eu pour agents les innombrables substances antiseptiques qui ont été fabriquées dans ces dernières années, et l'on peut dire qu'il en est bien peu qui n'aient été essayées.

Je ne viens pas aujourd'hui présenter l'étude d'un nouveau produit. La question de degré antiseptique, calculée *in vitro*, me paraît bien secondaire, et à mon avis la méthode d'application constitue le point le plus important du pansement dans les cas de suppuration de l'oreille, comme du reste en chirurgie générale. Les difficultés provenant de la structure anatomique de l'organe sont des raisons d'être de la spécialité, mais les principes généraux de la chirurgie moderne restent la base de l'intervention.

Dans cette communication, je n'ai pas l'intention d'aborder le traitement des suppurations de la caisse tel qu'il devrait l'être au point de vue chirurgical. Je me bornerai à limiter cette étude au pansement que l'on doit faire après les nettoyages ordinaires ou les diverses opérations pratiquées en pareil cas.

Des quatre voies de pénétration des microbes, je n'envisagerai que la seule voie du conduit auditif, car c'est en effet la seule qui intéresse le pansement.

Il ne sera donc pas question ici de l'infection naso-pharyngienne par voie tubaire, mais uniquement des précautions

méthodiques à prendre pour obtenir, par la voie du conduit auditif, un pansement pratique au point de vue antiseptique, c'est-à-dire présentant toutes les garanties requises pour éviter l'*infection secondaire*.

Le but du pansement antiseptique, il ne faut pas l'oublier, est non seulement de détruire les germes qui ont produit l'infection, mais avant tout d'empêcher l'infection par les germes provenant de l'extérieur. De là cette double conception à réaliser : *antisepsie* et *asepsie*.

On a pu lire dans un remarquable travail de MM. les Drs Lermoyez et Helme, publié dans les *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx* (janvier 1895), une étude sur ce point spécial et que je signale d'autant plus volontiers que tout ce qui va suivre n'en forme que le complément.

Il résulte des faits mis en lumière dans ce mémoire que l'infection de la caisse est le plus souvent due primitivement au streptocoque, au pneumocoque et au staphylocoque doré ; plus tard seulement apparaît, à la suite de l'un de ces microbes et venant du dehors, le staphylocoque blanc qui à lui seul entretient la suppuration par suite du manque de précautions aseptiques dans les pansements.

MM. les Drs Lermoyez et Helme ont proposé un moyen très ingénieux de stérilisation extemporanée de la ouate par l'emploi de l'alcool saturé d'acide borique. Pour le médecin, c'est un incontestable progrès, qui lui permet d'être aussi aseptique que possible, en supposant toutefois la parfaite asepsie de ses mains et de ses instruments. Le médecin peut donc ne plus être une des causes de l'infection secondaire.

Reste le malade. C'est pour annihiler cette source si fréquente d'infection, que je viens présenter aujourd'hui un procédé de pansement, auquel j'ai donné le nom de *tamponnement méthodique du conduit auditif externe par la gaze iodoformée*.

Ce procédé a pour but de rendre l'infection du conduit auditif, qui peut provenir soit de l'air, soit du fait du malade, absolument impossible.

Étant donné un cas de suppuration de la caisse, que se passe-t-il encore aujourd'hui ?

Le plus souvent, après les lavages, les nettoyages, les cautérisations, les insufflations de poudre, etc., etc., on se contente d'obturer le méat par un peu d'ouate non aseptique. Cette ouate ne tient pas toujours en place; elle tombe et le malade la ramasse pour la remettre, ou bien la remplace par une ouate encore plus contaminée.

Si la suppuration est trop abondante, le malade change souvent cette ouate et se livre parfois à diverses manœuvres que nous connaissons tous. Dans ces conditions, le meilleur pansement n'est nullement protégé contre l'infection secondaire. C'est pour cette raison que j'ai été amené à pratiquer le mode de pansement suivant :

Après avoir fait tout le nécessaire réclamé par l'état de l'oreille, au lieu de me contenter d'obturer l'orifice externe du conduit par un bourdonnet d'ouate, je taille une bandelette de gaze iodoformée de trois ou quatre épaisseurs, de façon à lui donner 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur en moyenne. Avec un spéculum, une pince ou un stylet aseptiques, je l'introduis dans le conduit auditif en plaçant son extrémité interne aussi près que possible de la membrane du tympan, sur laquelle elle ne doit pas exercer de pression, et je tamponne toute la longueur du conduit jusqu'à son orifice externe, de telle sorte que toute la cavité soit entièrement comblée par la gaze. Ceci fait, je renvoie le malade jusqu'au jour où j'estime qu'un nouveau pansement doit être fait, époque variable suivant les cas.

Telle est, dans sa grande simplicité, la méthode que j'emploie aujourd'hui chez tous mes malades et qui me paraît théoriquement et pratiquement répondre au but cherché.

Par ce procédé, en effet, on empêche les germes qui existent dans l'air d'aller infecter le conduit, et de plus, ce tampon tenant parfaitement en place n'oblige pas le malade à des manœuvres nuisibles. Le malade n'est nullement incommodé, ainsi que l'expérience me le prouve chaque jour, de la présence de ce tampon de gaze et ne songe pas à

l'enlever. La seule précaution à prendre est de ne pas exercer de pression trop forte sur les parois du conduit. Ce tampon, enfin, dont l'extrémité externe ne doit pas dépasser le méat, se trouve caché par le rebord de la paroi postérieure du conduit, et reste invisible, avantage fort apprécié des malades.

Chez les enfants, toujours espiègles, j'use d'un subterfuge qui me réussit très bien. Je sectionne en deux moitiés la lanière de gaze : la première moitié remplit la moitié interne du conduit, et la seconde la partie externe. Si l'enfant cherche à enlever la gaze, il ne peut réussir qu'à enlever la moitié externe, et l'autre reste en place. Mais, je le répète, cette application bien faite ne causant aucune gêne, il est rare que je sois obligé de faire cette modification.

En résumé, je dirai que le *tamponnement méthodique du conduit auditif externe par la gaze iodoformée* a pour avantages de répondre aux deux indications si difficiles à réaliser dans la pratique pour empêcher l'infection secondaire, qui sont : 1° interdire l'accès des germes contenus dans l'air ; 2° mettre le malade dans l'impossibilité de s'infecter soit par ses mains, soit par la ouate ou les autres objets dont il se sert.

A ma clinique, je me suis exclusivement servi de gaze iodoformée. Renfermée dans toute la longueur du conduit auditif, dont elle ne dépasse pas l'orifice externe, elle ne dégage aucune odeur, et aucun de mes nombreux malades ne s'en est plaint. Elle empêche même l'émanation fétide du pus de l'oreille et je l'emploie pour ce motif de préférence. Cependant j'ai employé aussi la gaze à l'acide borique, à l'acide salicylique, au sublimé, etc., sans pour ma part, en avoir obtenu de meilleurs résultats.

Lorsque la suppuration est abondante, le pus imbibe facilement tout le tampon qui doit être renouvelé toutes les vingt-quatre heures. Suivant les cas, on pourra le laisser en place deux, trois, quatre jours et même beaucoup plus longtemps.

Quand la suppuration a cessé, je continue pendant quelques semaines, par précaution, le tamponnement que je ne renouvelle que tous les huit jours, jusqu'à ce que l'état de la membrane autorise sa suppression.

Depuis la fin de 1894, j'ai employé exclusivement ce mode de pansement dans 80 cas, dont voici le détail :

Otite moyenne ; externe abcès, furoncle	6
Otite moyenne catarrhale aiguë non purulente	15
Otite moyenne purulente aiguë	17
Otite moyenne purulente chronique simple	30
Otite moyenne purulente chronique compliquée	12
Total	80

Pour ces 80 cas, j'ai pratiqué plus de sept cents fois le tamponnement, ce qui ne donne guère qu'une moyenne de huit à dix pansements par malade.

Dans les abcès du conduit, les furoncles, après l'intervention chirurgicale, ce pansement me paraît rationnel et conforme à la pratique chirurgicale générale.

Dans l'otite moyenne catarrhale non purulente, avec ou sans myringite, le tamponnement est utile pour calmer les douleurs et peut venir en aide aux autres moyens.

Dans les cas d'otite moyenne purulente aiguë, les résultats que j'ai obtenus ont été excellents. Souvent, après trois ou quatre pansements, j'ai vu la suppuration cesser complètement.

Quant aux otites moyennes purulentes chroniques, il faut distinguer les cas simples des cas compliqués de polypes, carie, végétations, etc., etc.

Je puis affirmer que, dans les cas de suppuration chronique simple, alors que cette suppuration est seulement entretenue par l'infection secondaire, même lorsqu'elle remonte à plusieurs années, on obtient la suppression de l'écoulement après un petit nombre de pansements, soit quinze à vingt, et quelquefois moins. Il me paraît prudent de continuer le tamponnement pendant quelque temps encore, jusqu'à ce que la membrane du tympan ne présente

plus aucune trace de congestion ou d'inflammation. Mais alors le tamponnement peut n'être renouvelé que tous les huit ou quinze jours.

C'est aussi dans ces cas que j'ai vu des perforations parfois très larges se boucher progressivement et la membrane se reconstituer peu à peu.

Mais il est un autre point sur lequel je veux appeler tout particulièrement l'attention. J'estime que sans aucune exagération, on peut affirmer que toute suppuration chronique de l'oreille moyenne qui ne se modifie pas sensiblement après dix à quinze pansements, doit être considérée comme provenant d'altérations graves de la caisse. On doit, dans ce cas, avoir la certitude qu'il existe des complications qu'un examen attentif fera découvrir.

C'est ainsi que dans un cas où la suppuration restait sensiblement la même, j'ai pu constater, en élargissant une perforation trop étroite, la présence de plusieurs petits granulomes dans la caisse. Après les avoir enlevés à la curette et après avoir cautérisé à l'acide chromique l'implantation, la guérison est rapidement survenue.

Le tamponnement me paraît donc devoir donner des indications précieuses au point de vue du diagnostic différentiel entre les cas simples et les cas compliqués, et j'ai la conviction que les recherches ultérieures confirmeront cette manière de voir.

En résumé, le tamponnement méthodique par la gaze iodoformée m'a donné dans ces divers cas d'excellents résultats, en agissant comme aseptique sur l'infection secondaire qu'il prévient, et comme antiseptique par l'action de l'iodoforme sur le pus qui s'écoule de la caisse.

J'aurais voulu pouvoir présenter un plus grand nombre d'observations, en dresser un tableau complet avec examen bactériologique à l'appui ; mais j'ai pensé que, malgré les imperfections de cette étude incomplète, l'épreuve pratique que j'ai faite de ma méthode était suffisante pour autoriser une communication.

Je serais heureux que mes savants collègues voulussent

bien y attacher quelque importance, la mettre à l'essai dans leur pratique, et je suis persuadé qu'ils en obtiendront, comme moi, les meilleurs résultats.

DISCUSSION

M. Helme. — Le pansement de M. Hamon du Fougeray ressemble à celui préconisé autrefois par Lœwe, mais modifié depuis, suivant les règles de l'asepsie. La question du traitement des otites est du reste à l'ordre du jour, et récemment Gradenigo publiait un important mémoire sur le sujet, et se montrait un partisan convaincu des pansements à sec.

M. Hamon du Fougeray. — Je me borne à attirer l'attention de mes collègues sur l'utilité de la méthode au point de vue du diagnostic. Si, après une dizaine de pansements, il y a encore de la suppuration, on est en droit de redouter une affection grave de l'oreille.

POLYPES MUQUEUX ET SARCOMES DES FOSSES NASALES

Par le Dr A. BONAIN (de Brest).

I

Je vous apporte, Messieurs, l'observation d'un polype muqueux du nez, qui, après plusieurs récidives, a fini par faire place à un vaste sarcome encéphaloïde.

Il s'agit d'un garçon de treize ans qui vint, accompagné de ses parents, me consulter, au début de l'année 1893, pour un polype muqueux de la fosse nasale gauche, faisant saillie hors de la narine. Piriforme, tremblotant et translucide, de couleur grisâtre, en un mot absolument caractéristique au point de vue clinique, ce polype s'insérait par un mince pédicule sous l'extrémité antérieure du cornet inférieur, tout près de son bord interne.

L'ablation fut faite au serre-nœud, sans, pour ainsi dire, la moindre perte de sang; le pédicule, bien accessible, fut détruit au galvanocautère. La muqueuse des fosses nasales était saine et le cornet inférieur lui-même ne portait pas la moindre trace d'inflammation chronique.

Les renseignements morbides concernant le malade et sa famille sont les suivants : l'enfant était de constitution peu robuste et de teint pâle ; ses mains étaient couvertes de nombreuses verrues. Son état de santé habituel était satisfaisant. Le père est de constitution plutôt chétive, mais se porte bien. La mère est morte de fièvre typhoïde. Le grand-père paternel est mort d'une affection cérébrale, vers l'âge de cinquante ans. Le grand-père maternel est atteint d'un cancroïde de la joue. Un oncle maternel a succombé à une affection chronique de l'abdomen ; une tante du même côté est morte d'une tumeur volumineuse du cou, et son fils vient de mourir, il y a peu de temps, d'un lympho-sarcome à évolution rapide, siégeant exactement à la même place. Le diagnostic clinique de cette dernière tumeur, qui n'a pas été opérée, a été porté par mon confrère et ami le Dr Civel (de Brest).

Je revis l'enfant deux ou trois fois à quelques jours d'intervalle, et le considérai comme débarrassé de son polype. Deux mois après, il m'était ramené par ses parents, le polype s'étant reformé au même point : nouvelle ablation au serre-nœud, sans hémorragie, et cautérisation au galvanocautère du pédicule et de ses alentours. Je conseillai aux parents de me conduire l'enfant tous les quinze jours pour que je pusse surveiller les récidives possibles.

Jusqu'au 1er janvier 1894, je fus dans l'obligation d'intervenir trois fois contre de nouvelles récidives. A ce moment, la surface atteinte s'était un peu étendue et ce n'était plus un polype véritable qui s'était reproduit, mais bien des granulations polypoïdes, myxomateuses, couvrant la surface d'un peu moins d'un centimètre carré.

Je pratiquai un curettage complet de la région malade et cautérisai au galvanocautère. Cette petite opération ne donna pas lieu à un écoulement de sang bien marqué. Je suivis le malade pendant un peu plus d'un mois. La cicatrisation des tissus paraissait complète ; il n'existait en tout cas, au bout de ce temps, pas la moindre apparence de récidive. Le cornet avait son volume normal et sa muqueuse était saine, sans traces d'inflammation.

Au commencement du mois de juin, l'enfant revint me voir pour une tuméfaction du sac lacrymal et une obstruction de la fosse nasale gauche datant, au dire des parents, d'une douzaine de jours. A l'examen, j'aperçus une tuméfaction rouge sombre, lisse, ferme au toucher, formée par un développement considérable du cornet inférieur qui venait presser contre le plancher de la fosse nasale et la cloison, obstruant presque complètement le passage de l'air. Un badigeonnage à la cocaïne ne produisit pas le moindre changement d'aspect ni de volume de ces tissus. Craignant une dégénérescence sarcomateuse du

cornet inférieur, je proposai aux parents l'ablation de ce cornet, me réservant de faire pratiquer l'examen histologique des parties enlevées. Après avoir consulté de côté et d'autre, ils finirent par accepter, sur l'avis de mon confrère le Dr Civel, une opération sous chloroforme.

L'opération de Rouge fut pratiquée le 6 juin. Le pharynx nasal ayant été tamponné au préalable, le cornet dégénéré fut enlevé à la curette tranchante; le plancher de la fosse nasale et sa paroi externe jusqu'au cornet moyen, qui paraissait sain, furent soigneusement curettés. L'hémorragie ne fut pas trop considérable et s'arrêta facilement par un tamponnement à la gaze iodoformée qui fut laissé vingt-quatre heures en place; passé ce temps, des douches nasales furent pratiquées matin et soir avec une solution d'acide phénique et de résorcine.

Les suites immédiates de l'opération furent excellentes. Au bout de six jours, le recollement des téguments était complet; la tuméfaction du sac lacrymal avait totalement disparu et l'état général du malade était des plus satisfaisants.

Le 15 juin, l'examen rhinoscopique me fit constater la présence, sur la paroi externe de la fosse nasale, de fausses membranes de couleur blanche. Le 25 juin, un nouvel examen me fit reconnaître, sur l'emplacement du cornet enlevé, une petite tumeur mamelonnée, rougeâtre, ayant un peu l'aspect de bourgeons charnus. Connaissant le résultat de l'examen histologique des tissus enlevés le 6 juin, j'avertis les parents que l'affection étant de nature sarcomateuse, il y avait lieu, vu la récidive qui paraissait se produire, d'intervenir à nouveau et plus radicalement, s'il était possible. Ma proposition fut repoussée, et divers médecins ou chirurgiens, consultés, ne furent guère d'avis de tenter une nouvelle opération. Vers le milieu de juillet, on m'appela pour voir l'enfant pris d'hémorragies répétées et de douleurs s'irradiant dans toute la face : il existait une tuméfaction énorme du nez et du maxillaire supérieur gauche; l'œil de ce côté était clos; de gros bourgeons sarcomateux faisaient saillie hors de la narine; la fosse nasale droite était complètement effacée. Il s'écoulait du nez un liquide sanguinolent, d'odeur forte et désagréable. L'enfant était très pâle et d'une grande faiblesse. Les parents refusèrent encore une intervention qui n'avait plus d'ailleurs que bien peu de chances de succès. Dans ces conditions, l'affection fit des progrès rapides et le malade succomba vers le milieu d'octobre.

Voici le résultat de l'examen histologique du néoplasme enlevé le 6 juin, tel qu'il m'a été transmis par M. Rivière,

préparateur à la Faculté de Médecine de Bordeaux : « La tumeur que nous avons examinée était constituée par deux masses de tissu blanc rosé à surface mamelonnée, mesurant chacune 2 centimètres d'épaisseur sur 3 centimètres de longueur. Le flacon qui les renfermait contenait en outre plusieurs fragments plus petits, irréguliers, de volume variable.

» Il a été prélevé, dans les diverses parties ci-dessus indiquées, trois fragments de tissus qui ont été fixés par l'alcool absolu, colorés en masse au picro-carmin, inclus dans la paraffine et coupés en série.

» A. — *Coupes portant sur les parties superficielles de masses polypoïdes.* — La tumeur est recouverte par plusieurs couches d'épithélium cylindrique, reposant directement sur le tissu sous-jacent. Ce dernier se montre constitué par une base hyaline, légèrement jaunâtre, au milieu de laquelle se voient des cellules à noyaux irréguliers, de volume variable, fortement colorés en rouge. Ces éléments cellulaires se réunissent parfois en foyers plus denses. Dans certaines régions, on les trouve beaucoup plus clairsemés et séparés par des ondulations de tissu fibreux. Certaines travées de fibres arrivent souvent jusqu'à la surface de la coupe au voisinage de l'épithélium, sous forme de fibres extrêmement ténues.

» Les vaisseaux de volume variable que l'on rencontre sur cette section sont *tous munis d'une paroi limitée par des cellules allongées* parfaitement évidente. Leur nombre est d'ailleurs relativement restreint. Le diagnostic que l'on doit porter, après examen d'une coupe semblable, est donc celui de *myxo-fibrome.*

» B. — *Coupes portant sur une des petites masses.* — A un faible grossissement déjà, cette coupe diffère totalement de celle qui vient d'être décrite. Certaines parties sont encore recouvertes d'épithélium cylindrique. Le tissu se présente sous l'aspect d'une nappe à peu près uniforme de cellules à noyaux ronds ou allongés, volumineux, très avides de picro-carmin. Le protoplasma de ces éléments est granuleux.

Dans quelques régions, les éléments cellulaires ont un aspect nettement fasciculé. On y rencontre un grand nombre de vaisseaux de tous volumes, *dépourvus de parois et simplement limités par des cellules embryonnaires nucléolées*, au milieu desquelles ils forment quelquefois des nappes très larges avec quelques travées fibrineuses.

» Cette coupe rappelle en définitive celle d'un *sarcome embryonnaire*.

» B'. — Des coupes pratiquées sur un troisième fragment se montrent constituées par une nappe de globules sanguins bien conservés, à contours bien limités. Un grand nombre de cloisons fibrineuses, à disposition plus ou moins régulièrement circulaire, interrompent l'uniformité de la surface. A noter aussi quelques îlots de tissu muqueux.

» Diagnostic : *angiome typique* (il en existait déjà une ébauche dans la région sarcomateuse précédente).

» En résumé, le néoplasme que nous avons examiné doit être rangé dans la catégorie des tumeurs graves. Au point de vue histologique, c'est un *myxo-angio-sarcome*. »

II

Depuis quelques années, l'attention des rhinologistes s'est portée sur la possibilité de la dégénération des polypes muqueux des fosses nasales en tumeurs malignes, principalement en sarcomes.

Rappelons que dès 1876, Michel a cité un cas où cette transformation paraît bien probable, et que successivement Hopmann et Schmiegelow en 1885, Bayer (1) en 1886, ont rapporté des cas analogues. L'une des deux observations de ce dernier est absolument probante, puisque la dégénération maligne (un carcinome villiforme) s'était établie spontanément et implantée par une large base sur un polype muqueux

(1) « De la transformation de polypes muqueux en tumeurs malignes (carcinomateuses ou sarcomateuses) » (D'après une communication faite à la 59e réunion des naturalistes et médecins allemands à Berlin, sept. 1886 ; *Revue mensuelle de Laryngol., d'Otol., etc.*, n° 1, p. 18, janvier 1887).

qui, simplement enlevé à l'anse froide au niveau de son point d'insertion, ne récidiva point; ce qui semble garantir que la surface d'implantation du polype était elle-même indemne de toute infiltration cancéreuse.

En 1888, Heymann (1) relate le cas d'un polype muqueux qui, opéré plusieurs fois, finit par céder la place à un vaste sarcome mélanique.

En 1889, Schiffers (2) rapporte deux observations de transformation en cancers épithéliaux de polypes muqueux opérés à plusieurs reprises.

En 1891, Reinhold (3) publie deux observations de myxosarcomes de la cloison cartilagineuse. D'après la description des préparations microscopiques, nous voyons qu'il s'agit surtout, dans ces cas, de myxomes en voie de dégénération sarcomateuse. Dans le premier cas, en effet, se trouvent, dans les parties profondément situées, de nombreuses cellules fusiformes et quelques petites cellules rondes indiquant une évolution très probable vers le sarcome. Dans le second cas, l'infiltration des petites cellules rondes n'est pas aussi considérable : le caractère sarcomateux de la tumeur n'est pas aussi évident et la présence d'un grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation lui donne plutôt un caractère télangiectasique.

L'an dernier, Onodi (4) a publié le cas d'un malade opéré en 1888, à la clinique de Schrœtter, à Vienne, pour polypes muqueux des deux fosses nasales, et chez lequel il constata, quelques mois après, la récidive, dans la fosse nasale droite, de polypes muqueux déjà mélangés d'excroissances sarcomateuses, siégeant sur le cornet moyen. Après une nouvelle

(1) *Revue mensuelle de Laryngol., d'Otol., etc.*, n° 1, p. 24, 1er janvier 1888.

(2) « Transformations anatomo-pathologiques des myxomes du nez » (Mémoire lu au Congrès International de Laryngologie de Paris, 20 sept. 1889).

(3) « Ueber Myxosarcome der Nase » (*Internat. klin. Rundschau*, n° 44, 1er nov. 1891).

(4) « Cas intéressant de sarcome de la fosse nasale » (*Revue bimensuelle de Laryngol., d'Otol., etc.*, n° 1, p. 13, janvier 1894).

opération, réapparition dans cette même fosse nasale, plus d'un an après, d'excroissances sarcomateuses. Plus tard, sarcome remplissant toute la fosse nasale. Extirpation chirurgicale complète, en 1893, avec un résultat immédiat satisfaisant.

Bosworth (1) a rassemblé 41 cas de dégénération plus ou moins probable de polypes muqueux en tumeurs malignes et a rapporté l'observation d'un sarcome développé à la suite de l'arrachement, violemment opéré à l'aide d'une pince, d'un polype muqueux des fosses nasales.

Gérard Marchant (2) cite le cas, observé à la Charité, d'une récidive sarcomateuse de nombreux polypes muqueux opérés quatre ans auparavant par Richet, après large ouverture des fosses nasales. Le malade fut opéré de la même façon et en moins de dix-huit mois succomba à une généralisation.

Nous devons enfin à l'obligeance de M. Moure la relation de deux cas de polypes muqueux du nez qui, après plusieurs opérations, récidivèrent sous une forme nettement sarcomateuse. A l'examen histologique, certaines parties des néoplasmes avaient le caractère très net de polypes muqueux, tandis que, sur d'autres points, les éléments sarcomateux dominaient. On pouvait suivre presque pas à pas, dans certaines coupes, les points où commençait la dégénération sarcomateuse; on passait graduellement du simple myxome au sarcome.

III

La transformation ou dégénération maligne des polypes muqueux ou myxomes des fosses nasales est donc un fait paraissant bien établi, tant au point de vue clinique qu'histologique. Nous savons d'ailleurs que cette dégénération maligne des polypes muqueux en général est depuis longtemps

(1) « A Treatise on diseases of the nose and throat », t. I, p. 445. New-York, 1889.

(2) « Traité de Chirurgie » publié sous la direction de S. Duplay et P. Reclus; t. IV, p. 864.

admise par Virchow (1), qui s'exprime ainsi à ce sujet : « L'hyperplasie simplement inflammatoire du catarrhe chronique conduit à la formation de polypes, et les polypes peuvent plus tard devenir à leur tour le siège d'un développement cancéreux ou cancroïde. »

Le pronostic de ces néoplasmes n'est donc pas tout à fait aussi bénin qu'on le dit habituellement. Knight (2) fait cependant remarquer que sur les centaines de cas de polypes muqueux du nez observés et opérés dans nos cliniques, nous n'avons que bien rarement l'occasion de constater une transformation maligne de ces tumeurs. Il est probable que le chiffre de ces constatations s'élèverait quelque peu, s'il nous était toujours possible de suivre nos malades atteints de polypes muqueux opérés ou non. Un fait assez digne de remarque, c'est que dans un certain nombre d'observations de sarcomes des fosses nasales, le début des symptômes de gêne ou d'obstruction remonte parfois à plusieurs années, qu'il y a eu assez fréquemment des opérations antérieures de polypes muqueux, et qu'en opérant la tumeur sarcomateuse, on trouve encore quelquefois, coexistant dans la fosse nasale, de simples myxomes. Mais, vu la rareté relative du sarcome des fosses nasales, il est indéniable que la dégénération maligne du myxome de ces cavités n'est pas chose très fréquente.

Au reste, cette question des myxomes et des sarcomes des fosses nasales paraît assez embrouillée. Qu'appelons-nous, au juste, de ces noms ?

Il se peut fort bien que sous la dénomination de polype muqueux ou myxome, soient confondues des affections différentes. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de la confusion, possible parfois à première vue, des myxomes avec les polyadénomes ou les épithéliomes glandulés ; nous ne voulons parler que du myxome, néoplasme constitué par du

(1) « Pathologie des tumeurs », t. I, p. 62. Traduction de P. Aronsohn. Paris, 1869.

(2) « A case of fibro-sarcoma of the right nasal fossa with unusual clinical history » (*New-York medical Journal*, 27 septembre 1890).

tissu muqueux ou considéré comme tel à l'examen microscopique.

La tendance actuelle des rhinologistes est de considérer le polype muqueux comme un des termes de l'hyperplasie de la muqueuse nasale, comme un fibrome œdémateux, véritable hétéroplasie inflammatoire. Nous devons peut-être appliquer à ces néoplasmes ce que Chiari (1) a dernièrement avancé au sujet des polypes dits muqueux des cordes vocales, qui ne seraient la plupart du temps que de simples hypertrophies œdémateuses du tissu conjonctif développées à la suite d'un catarrhe chronique : « La lenteur de leur croissance, leur bénignité, montre qu'il ne s'agit pas de véritables myxomes, tumeurs de caractère beaucoup plus sérieux, augmentant rapidement, s'étendant, récidivant très facilement et s'accompagnant souvent de sarcomes. La raison pour laquelle beaucoup d'hypertrophies séreuses du tissu conjonctif ont été prises pour des myxomes, consiste en ce que le tissu conjonctif imprégné renferme très souvent des cellules fusiformes ou étoilées. Seule la connaissance du caractère muqueux de l'exsudat peut assurer le diagnostic de myxome. »

Déjà Chatellier (2), en 1888, a fait remarquer que le tissu de l'hypertrophie chronique de la muqueuse nasale est, au point de vue histologique, fort voisin, sinon analogue à celui des polypes muqueux.

De même le nom de sarcome est-il parfois donné, selon toute apparence, à des produits de l'inflammation chronique, à des hétéroplasies inflammatoires de la muqueuse nasale, telles que granulomes, syphilomes, hyperplasies pseudo-polypeuses décrites par Zuckerkandl (3), Garel (4) et Paul

(1) « Sur l'origine et la structure des polypes dits muqueux des cordes vocales » (*Ann. des Mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, t. XXI, fév. 1895, n° 2).

(2) « Sur l'hypertrophie chronique de la muqueuse nasale au point de vue histologique » (Société de Biologie, 21 janvier 1888).

(3) « Normale und pathologische Anatomie der Nasenhœhle », Bd I, p. 73 et Bd II, p. 115. Wien, 1882-1892.

(4) Garel et Collet. « Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale » (*Ann. des Mal. de l'oreille et du larynx*, n° 11, p. 949, nov. 1893).

Tissier (1). L'histologie est encore ici impuissante à nous fournir un moyen précis de diagnostic, car, d'après Cornil et Ranvier (2), « s'il y a une différence entre le sarcome et le tissu inflammatoire, elle consiste essentiellement dans l'origine et la fin de ces produits morbides ».

Enfin, pour achever de nous dérouter, les myxomes papillaires et polypeux peuvent s'enflammer dans leurs parties périphériques et s'ulcérer, s'infiltrant alors de tissu embryonnaire capable de nous en imposer pour une dégénération sarcomateuse.

Les néoplasmes des fosses nasales que nous décorons des noms de myxome et de sarcome ne seraient donc pas toujours des tumeurs au sens clinique et actuellement admis de ce mot, c'est-à-dire des *néoformations distinctes d'un processus inflammatoire, ayant tendance à persister et à s'accroître* (3). A moins que ces faits ne viennent corroborer les idées de Virchow tendant à considérer toutes les tumeurs comme des produits d'irritation du tissu conjonctif et de transformation des éléments de ce tissu.

D'ailleurs, la conception actuelle que nous avons des tumeurs n'a très probablement rien de bien définitif et c'est un peu faute de mieux, comme l'écrit M. le Prof. Coyne (4), « jusqu'à ce que la microbiologie ait dit son dernier mot sur l'influence des infiniment petits dans les processus néoplasiques », que nous devons nous en contenter.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons donc distinguer la néoplasie inflammatoire du néoplasme véritable, et nous pouvons admettre qu'il existe, dans les fosses nasales, des productions inflammatoires de la muqueuse et des tumeurs offrant un aspect et une texture analogues sinon semblables, mais différant par leur origine et leur

(1) « De la rhinite hyperplasique » (*Annales de Médecine scientifique et pratique*, nos 51 et 52, p. 404, décembre 1894).

(2) Cornil et Ranvier : « Manuel d'Histologie pathologique », t. I, p. 145. Paris, 1884.

(3) Cornil et Ranvier, *loc. cit.*

(4) « Traité élémentaire d'Anatomie pathologique », p. 116. Paris, 1894.

évolution. Les premières seraient essentiellement bénignes, peu sujettes par leur nature même aux récidives, pourvu que l'inflammation qui leur a donné naissance soit convenablement traitée et supprimée. Les secondes suivraient le sort des myxomes et des sarcomes, néoplasmes de gravité variable suivant le degré de leur organisation, éminemment sujets aux récidives locales et passibles de dégénérations.

Billroth (1) avait écrit depuis longtemps que les polypes muqueux des fosses nasales peuvent être compris soit parmi les fibromes œdémateux, soit parmi les adéno-sarcomes, soit enfin parmi les myxo-sarcomes : tissu conjonctif œdémateux et gélatineux, tissu sarcomateux enveloppant le plus souvent des glandes hypertrophiées ou de nouvelle formation, telle serait pour cet auteur la composition habituelle des polypes muqueux. Or, ce que Billroth appelle myxo-sarcome n'est autre chose que le myxome de Virchow. Pour lui, le tissu muqueux est une variété du tissu sarcomateux et les tumeurs qui en sont formées sont des sarcomes à cellules étoilées possédant en même temps beaucoup de substance intercellulaire gélatiniforme. « Ces formes, dit-il, appelées myxomes par Virchow, moi je leur donne le nom de myxosarcomes (2). »

Cette façon d'envisager le myxome semble actuellement partagée par Quénu (3). Tandis que la plupart des anatomopathologistes classent le myxome parmi les tumeurs formées par les diverses variétés de tissu de substance conjonctive, le séparant nettement du sarcome, tumeur formée par du tissu embryonnaire, cet auteur comprend le myxome et le sarcome dans un même groupe des tumeurs conjonctives embryonnaires, composées de cellules rondes, de cellules fusiformes et de cellules étoilées ou rondes entourées de tissu

(1) Billroth : « Traité de Pathologie chirurgicale générale », p. 619. Traduit par Culmann et Sengel. Paris, 1868.

(2) *Ibid.*, p. 607.

(3) « Traité de Chirurgie » publié sous la direction de S. Duplay et P. Reclus : « Des tumeurs », t. I, p. 410.

muqueux. « Ces dernières, dit Quénu, ont toujours été décrites sous le nom de *myxomes*. Il nous paraît d'autant plus rationnel de les rapprocher des sarcomes, que dans *maints néoplasmes* ces deux tissus s'associent et se succèdent. »

Avec cette conception du myxome, ses dégénérations sarcomateuses et même cancéreuses semblent s'expliquer plus facilement : comme pour le sarcome, la faculté de récidiver sur place est, en effet, grande pour le myxome. Des observations cliniques et histologiques nous prouvent que le myxome peut subir spontanément (cas de Bayer) des métaplasies diverses et qu'opéré à plusieurs reprises il peut, après plusieurs récidives, faire place au sarcome embryonnaire ou encéphaloïde. De même, d'après Virchow (1), et ainsi que l'avaient admis les anciens observateurs, le sarcome peut présenter une métaplasie cancéreuse qui le transforme en cancroïde ou en carcinome ; opéré, il peut également récidiver sur place en prenant une texture de plus en plus molle, une organisation de moins en moins élevée, pour aboutir à la composition globo-cellulaire, à la forme encéphaloïde.

Les diverses considérations que nous venons de présenter nous serviront peut-être à comprendre la diversité des opinions émises au sujet du pronostic des myxomes en général et des polypes muqueux des fosses nasales en particulier. Pour les uns, quand il est complètement enlevé, le myxome ne récidive que très rarement ; incomplètement extirpé, il se développe au contraire avec une vigueur nouvelle (2) ; mais en somme, son pronostic est généralement bénin. Pour les autres, le pronostic des myxomes doit être très réservé. « On en connaît, écrit P. Reclus, qui, après une extirpation même radicale, reparaissaient sur place ou dans des régions très éloignées, comme pourraient le faire les tumeurs malignes. » Pour Quénu, la filiation qui existe

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 119.
(2) Cornil et Ranvier. *Loc. cit.*

entre le myxome et le sarcome n'étant pas douteuse, il convient donc d'apporter une certaine réserve dans le pronostic (1).

Nous avons, ici même, entendu l'an dernier, au cours de la discussion qui suivit l'intéressant rapport (2) de notre confrère M. Delie (d'Ypres), diverses appréciations au sujet de la récidive des myxomes des fosses nasales. Tandis que M. Poyet nous avouait avoir renoncé à cautériser les pédicules des polypes enlevés, ayant remarqué que, malgré cette précaution, ils récidivaient toujours, M. Delie avançait qu'il faut cautériser et que l'absence ou l'éloignement des récidives est à ce prix. Pour M. Wagnier, la récidive des polypes muqueux du pharynx nasal est rare quand l'opération a été complète ; et M. Noquet a rarement vu de récidives après la destruction du pédicule au chlorure de zinc déliquescent. Pour M. Garel, par contre, les récidives des polypes muqueux sont difficiles à prévoir et à éviter. Enfin, pour M. Lubet-Barbon, on ne peut vraiment pas soutenir que les polypes muqueux du nez récidivent; mais on peut dire qu'il en pousse de nouveaux à côté de ceux déjà enlevés. Aussi le curettage profond, après ablation des plus grosses productions, est-il un bon moyen de s'opposer à leur réapparition.

Dans la deuxième édition de son *Manuel des Maladies des fosses nasales* (3), M. Moure, tout en disant que les polypes muqueux du nez constituent une affection bénigne dont le seul ennui sérieux n'est généralement que la facilité avec laquelle ils récidivent, fait cependant remarquer qu'à l'exemple de quelques autres praticiens, il a vu de simples polypes muqueux se transformer en tumeurs malignes, la plupart du temps de nature sarcomateuse.

Ne peut-on concilier ces diverses opinions, en admettant

(1) *Loc. cit.*

(2) « Traitement des polypes muqueux des fosses nasales » (*Bull. et Mém. de la Soc. Franç. d'Otol , de Laryng. et de Rhinol.*, t. X, 1894).

(3) « Manuel des Maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne. » Paris, 1893, p. 390-392.

que le polype muqueux d'origine inflammatoire doit avoir fort peu de tendances à récidiver, que même il ne récidive pas sur place, et qu'en modifiant la muqueuse environnante chroniquement enflammée et hyperplasiée, on doit empêcher la production de nouveaux polypes; en admettant également que nous nous trouvons aussi parfois en présence de myxomes véritables, tumeurs récidivant facilement sur place en dépit du traitement le mieux dirigé, pouvant après plusieurs opérations ne plus se reproduire, mais, ajouterai-je, en raison de leur affinité ou même de leur identité avec le sarcome, dont ils semblent constituer la variété la plus bénigne, susceptibles, dans certaines conditions d'âge ou de prédisposition héréditaire, de subir des dégénérations malignes?

Pour Billroth, en effet, le pronostic des sarcomes ne peut jamais être établi de façon certaine, à cause de leur marche très diverse selon les conditions individuelles le plus souvent inconnues, alors même que la composition anatomique de ces tumeurs est tout à fait la même.

Une semblable distinction doit très probablement être établie entre le sarcome et les divers produits de l'inflammation chronique, pris quelquefois pour des sarcomes et opérés comme tels avec succès au moyen d'interventions assez simples et sans doute insuffisantes s'il s'agissait vraiment de tumeurs sarcomateuses. « Étranges sarcomes, écrit M. Tissier (1), que ces tumeurs ainsi appelées sur la seule foi de l'examen histologique, bénignes, n'altérant pas l'état général, guérissant facilement, sans récidives ultérieures, sans généralisation, dès que l'ablation est complète, coïncidant le plus souvent avec un état hyperplasique de la muqueuse du cornet ou avec des polypes muqueux. » D'un autre côté, le pronostic du véritable sarcome des fosses nasales paraît des plus sombres. La variété la plus commune qu'on y rencontre serait, d'après Cozzolino (2), le sarcome

(1) *Loc. cit.*
(2) « Un' caso di sarcoma a cellule polimorfe » (*Archivio Ital. di Otol.*, vol. I, fasc. 8, juillet 1893).

encéphaloïde, remarquable par la rapidité de son développement et de son extension aux parties voisines, constituant presque toujours un « noli me tangere ». M. Natier, s'appuyant sur l'autorité de M. le Prof. Duplay, a écrit que le pronostic des tumeurs sarcomateuses des fosses nasales ne laisse guère de porte ouverte à l'espérance : « L'expérience nous apprend que toute intervention est suivie, dans un délai très rapproché, d'une récidive qui, combattue elle-même, ne tarde pas à se reproduire pour aboutir définitivement à la terminaison fatale qu'il semble impossible d'éviter. La seule chance que nous ayons d'obtenir une guérison, si tant est qu'elle soit possible, est d'intervenir prématurément, à une date très rapprochée du début de l'affection (1). »

Le diagnostic clinique, ainsi que l'a fait remarquer M. Delie (2) à propos de son observation de dégénération sarcomateuse de végétations adénoïdes, doit souvent l'emporter sur le diagnostic histologique. Peut-il, dans cette question des polypes muqueux et de leur relation avec les sarcomes des fosses nasales, nous fournir quelque indication précise? Le siège du néoplasme, l'absence de tout état inflammatoire de la muqueuse environnante, la facile récidive, après une opération complète et un traitement bien dirigé, seront peut-être à prendre en considération. Nous ferons cependant remarquer que dans les diverses observations que nous possédons, de dégénération maligne de polypes muqueux, cornet inférieur, cornet moyen ou supérieur, cloison nasale ont été également atteints.

L'âge du sujet a-t-il une importance quelconque? En consultant les diverses observations, nous voyons que jusqu'à cinquante ans, c'est la dégénération sarcomateuse qui se produit : notre cas concerne un enfant de treize ans; les cas de Reinhold, des jeunes filles de seize et vingt-deux ans;

(1) « Sur quelques cas de sarcomes des fosses nasales » (*Revue internat. de Rhinol., Otol. et Laryngol.*, n° 2, p. 19, 25 janvier 1894).

(2) « Végétations adénoïdes du pharynx nasal. Récidives sarcomateuses, etc. » (*Revue bimensuelle de Laryngol., d'Otol., etc.*, n° 18, 15 septembre 1891).

celui de Gérard Marchant, un homme de trente ans; un des cas de M. Moure, une femme de trente-quatre ans; celui d'Onodi, un homme de cinquante ans. A partir de cet âge, les dégénérations observées sont de nature épithéliale, carcinomateuses ou épithéliomateuses : les deux cas de Bayer intéressent en effet des hommes de cinquante ans, et ceux de Schiffers des hommes de soixante-sept et soixante-onze ans.

Quoi qu'il en soit, si de l'unique cas dont j'ai été le témoin il m'est possible de tirer un enseignement, je me défierai dorénavant de tout polype muqueux, isolé, développé sur une muqueuse d'apparence saine et qui, d'un facile accès au traitement, aura récidivé plusieurs fois sans motif plausible. Cette défiance s'accroîtra si le sujet est jeune et s'il existe surtout dans sa famille des antécédents morbides dont il est admissible de tenir compte. Sans attendre qu'au point de vue macroscopique ou microscopique le caractère malin du néoplasme se soit affirmé, je n'hésiterai pas à proposer, si elle est possible, l'exérèse largement pratiquée de la partie sur laquelle il se trouvera implanté.

SUR DEUX CAS DE POLYPES BILOBÉS SOUS-GLOTTIQUES

Par le Dr **WAGNIER** (de Lille).

Les symptômes que produisent les tumeurs bénignes du larynx sont extrêmement variables selon les cas et sont subordonnés à la situation des néoplasmes, à leur consistance, à leur insertion sessile ou pédiculée, à leur mobilité, etc.; je ne les rappellerai pas. D'ailleurs, les laryngologistes s'arrêtent peu sur ces symptômes et ne s'attardent guère, par l'auscultation, par l'analyse des modifications de la voix, de la toux, de la respiration, à diagnostiquer, avant tout examen laryngoscopique, la présence, le siège, le volume ou la nature d'un polype. Ces problèmes, très importants à résoudre à l'époque prélaryngoscopique, n'ont plus de nos

jours, sauf dans les cas où la laryngoscopie est impraticable, chez les jeunes enfants, par exemple, que l'intérêt d'un pur exercice séméiologogique. Les troubles quelconques que la présence d'un polype dans le larynx peut produire sont généralement expliqués par l'examen au miroir; il permet d'ordinaire de se rendre un compte exact des conditions anormales de l'organe : on a sous les yeux le fonctionnement vicieux des parties vibrantes ou résonantes, et le plus souvent ces constatations suffisent à satisfaire entièrement l'esprit et à permettre d'aborder le traitement en connaissance de cause. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et parfois on n'arrive que difficilement à démêler la pathogénie des phénomènes; les observations de deux cas que j'ai traités cette année en fourniront une nouvelle preuve. Ils présentent tant de points de ressemblance, qu'ils sont presque identiques.

Observation I. — M. B..., débitant de tabac à Pont-de-la-Deule, vient me consulter au mois de mai 1894. C'est un homme de quarante-six ans, de bonne constitution, n'ayant jamais eu précédemment de maladie sérieuse. Son affection remonte à une époque très éloignée. Au cours de son service militaire, il eut de l'enrouement qui ne cessa de se montrer chaque hiver en s'accompagnant d'un peu de toux, pour disparaître complètement l'été. Cependant, depuis plusieurs années, le timbre de la voix était redevenu à peu près normal, pendant que peu à peu d'autres phénomènes se montraient : d'abord pendant l'action de parler, après l'émission de cinq ou six syllabes, une sensation de corps étranger apparaissant tout à coup avec brusque arrêt de la production du son. Par un mouvement particulier qui semble être une courte inspiration suivie d'une expiration brusque, il semble au malade que les choses se remettent en place; en effet, la voix, après une interruption de moins d'une seconde, repart pour quelques syllabes, et ainsi de suite. En outre, depuis deux ans environ, le sommeil s'accompagnait d'un bruit guttural excessif; de temps en temps le malade s'éveillait dans une angoisse qui cessait tout à fait quand le réveil était complet.

L'enrouement est très peu prononcé; le malade me fait constater cette interruption subite de la voix, au cours de laquelle on perçoit une sorte de bruit de clapet dans le larynx. La respiration est un peu courte, mais le fonctionnement pulmonaire paraît normal. Les

symptômes prédominants sont donc la respiration bruyante de la nuit et cette gêne de l'émission vocale.

Au laryngoscope, je reconnais immédiatement au moment de la phonation une tumeur arrondie, blanchâtre, lisse, placée sur la fente vocale, vers la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Dans l'inspiration, je la vois retomber dans la glotte et je remarque qu'elle repose sur une masse plus importante rouge assez foncé, d'aspect plus inégal, en partie cachée par les cordes vocales, et qui ne semble pas faire corps avec la partie globuleuse supérieure.

Dès que le malade fait un effort de phonation, cette partie supérieure s'échappe au travers de la glotte comme la partie arrondie d'un bouton de chemise qu'on engage dans sa boutonnière.

Les cordes vocales paraissent peu altérées, elles ont conservé leur aspect nacré, et je suis porté à croire que la tumeur supérieure est indépendante de l'autre, qu'elle est finement pédiculée et qu'elle s'insère sous la corde vocale. Je résolus donc de l'extirper d'abord.

Après cocaïnisation et quelques essais, je réussis à introduire la masse globuleuse dans un serre-nœud et à l'enlever. Je pus alors constater qu'elle s'insérait sur la masse sous-jacente. Suintement sanguin insignifiant.

Je renvoie le malade et huit jours après il me raconte qu'il n'y a eu aucune réaction, à peine quelques crachats sanguinolents. La voix est restée la même, mais les interruptions brusques ne se produisent plus, la respiration est moins bruyante dans le sommeil. On voit fort bien la partie de la tumeur sous-jacente à la portion globuleuse extirpée et, en répétant l'examen, je m'aperçois qu'elle a son point de départ à la corde vocale gauche, dont cependant le bord est presque rectiligne à son niveau.

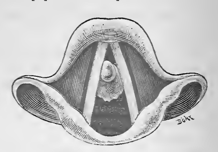
Je renonçai au serre-nœud et je pris la guillotine de Stœrck, grand modèle, avec laquelle j'enlevai la plus grande partie du néoplasme; puis la plus petite guillotine qui me permit de venir raser lebord de la corde vocale à laquelle la tumeur était appendue par un pédicule peu épais, mais occupant le long du bord une étendue de 3 millimètres environ.

A la séance suivante, huit jours après, je fis une cautérisation de cette base d'insertion un peu au dessous de la corde avec le galvanocautère plat, auquel j'avais imprimé une courbure à concavité dirigée vers la gauche du malade.

Dès lors tous les accidents disparurent, et le sujet, revu ces jours derniers, ne présente pour toute trace de sa tumeur qu'une

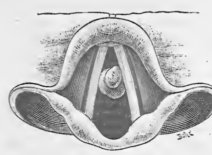
sorte de léger repli de la muqueuse dans l'endroit où le polype était inséré. Il n'y a eu aucune gène, aucun enrouement cet hiver.

Obs. II (Fig. 1 et 2). — M. D..., entrepreneur de peinture à Roubaix, me consulte en janvier dernier pour une gène qu'il éprouve dans la gorge, gêne qui s'accentue beaucoup et s'accompagne d'essoufflement lorsqu'il veut marcher vite. Il est légèrement enroué, davantage le soir lorsqu'il a beaucoup parlé ou trop fumé. Il tousse alors et parfois rejette un peu de sang. Bonne santé habituelle, sauf quelques troubles de l'estomac. L'état actuel s'est établi peu à peu ; le malade, qui s'observe assez mal, ne peut préciser l'époque du début : il remonte à plusieurs années.



A l'examen laryngoscopique, je trouve dans la partie antérieure de la région sous-glottique, paraissant appendue à la commissure, une tumeur volumineuse, mobile, composée de deux parties : l'une supérieure, globuleuse, lisse, ayant l'aspect d'une moyenne perle ; l'autre inférieure, plus grosse, rouge pâle, moins lisse.

Dans la phonation, la partie supérieure de la tumeur s'élève au dessus des rubans vocaux, et semble isolée de la masse inférieure à laquelle la réunit un mince pédicule que le rapprochement des cordes semble avoir formé ; dans l'inspiration, cette partie globuleuse est au niveau et même un peu au dessous du plan des cordes.



Je songeai immédiatement au malade de l'observation I et fus absolument surpris de l'identité presque complète des deux cas. Cependant la tumeur me paraissait venir de la commissure et je trouvais cette insertion probable à cause de la situation bien médiane du néoplasme et de son aspect flottant.

Dans cette pensée, j'essayai à plusieurs reprises de saisir toute la masse dans le serre-nœud introduit dans la glotte, le fil en position frontale et porté d'arrière en avant. Je ne pus y parvenir et j'eus bientôt l'explication de mon insuccès en constatant, au cours de cette

manœuvre, que la tumeur s'insérait non à la commissure mais à la corde vocale droite, non loin de l'angle antérieur, dans un point presque exactement symétrique avec l'insertion dans le cas précédent. Le serre-nœud disposé cette fois d'avant en arrière ne put être glissé assez loin sous la corde vocale gauche pour saisir la tumeur latéralement; d'ailleurs, l'épiglotte surbaissée rendait les manœuvres beaucoup plus difficiles que dans le cas précédent. J'employai alors la guillotine de Stœrck; elle me permit en trois ou quatre reprises d'enlever presque tout le néoplasme. Il ne formait qu'une masse à insertion unique mais divisée en deux lobes dont le supérieur était attaché à l'autre par un pédicule mince.

Quinze jours après, le malade revint : les suites opératoires avaient été nulles, la gêne avait disparu, mais l'enrouement était beaucoup plus prononcé; comme je cherchais à me rendre compte du symptôme, je vis nettement la tumeur réduite à un moignon de deux millimètres et demi environ de long et ne faisant qu'une saillie d'un millimètre ou deux, mais placée pendant la phonation entre les rubans vocaux dont elle empêchait l'affrontement. Je fis une nouvelle abrasion avec la petite guillotine et je cautérisai au galvanocautère plat. Quinze jours après, la voix était presque rétablie et j'attribuai un léger trouble persistant à l'hypertrophie de la muqueuse au niveau de l'apophyse vocale gauche, hypertrophie résultant, à mon sens, des conditions très anormales dans lesquelles ces cordes avaient fonctionné depuis plusieurs années. L'examen micrographique des fragments extraits a démontré qu'il s'agissait dans les deux cas de fibromes, avec exagération de la vascularisation dans le cas de l'observation II.

Dans ces deux cas si singulièrement ressemblants, il paraît probable que la tumeur issue du bord de la corde vocale, mobile et maintenue par son poids et son volume au dessous du niveau des cordes, s'est bilobée sous l'influence de l'expiration phonatoire, sa partie supérieure étant habituellement pincée entre les cordes vocales et s'isolant de la partie inférieure à laquelle elle reste attachée par un mince pédicule.

Ces tumeurs complexes n'altéraient que faiblement la résonance de la voix, et cette particularité étonnante au premier abord s'explique par le siège très antérieur de l'insertion et surtout par la minceur des pédicules des parties globuleuses : les bords des rubans vocaux pouvaient ainsi

s'affronter dans la plus grande partie de la glotte. Dans le premier cas, le lobe supérieur venait à chaque émission de voix se placer au dessus de la glotte et la voix s'interrompait lorsqu'après l'émission de quelques syllabes, la pression expiratoire étant moindre, le lobule redescendait au niveau du bord des cordes, d'où un mouvement habituel la délogeait; dans le second cas, la partie supérieure restait au-dessus des cordes pendant tout le temps de l'émission de voix et le phénomène de l'interruption ne se produisait pas.

Malgré la mobilité des tumeurs, la toux était très peu prononcée; elle ne se montrait dans le premier cas que l'hiver où sans doute elle était favorisée par un certain degré de catarrhe; dans le second elle ne se montrait que le soir après une journée fatigante.

La sensation de corps étranger que le premier éprouvait d'une façon très nette lorsque la voix s'interrompait, était constante mais très vague chez le second.

Ces tumeurs volumineuses occasionnaient chez les deux sujets une certaine difficulté respiratoire : chez le premier elle se montrait dans le sommeil et se traduisait par un ronflement glottique extrêmement bruyant, chez le second il y avait de la dyspnée quand le malade voulait marcher vite; chez le second seul, ces efforts amenaient parfois un peu de sang; la tumeur était d'ailleurs chez lui plus volumineuse, plus mobile et plus vasculaire, et le porteur, menant une vie beaucoup plus active, se ménageait beaucoup moins.

DEUX CAS D'ANOSMIE GUÉRIE PAR DES DOUCHES D'ACIDE CARBONIQUE

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

L'anosmie est une affection pour laquelle sont assez souvent consultés ceux de nos collègues qui pratiquent la spécialité dans des pays de vignobles; la perte de l'odorat entraîne de graves conséquences professionnelles chez les courtiers et les marchands de vins.

En général les différents traitements préconisés par les auteurs ne fournissent pas des résultats bien satisfaisants en dehors des faits de date récente attribuables à des troubles inflammatoires de la pituitaire.

Morell Mackenzie formule ainsi son opinion sur ce point : « Dans l'anosmie vraie, qui dépend d'une altération nerveuse, toutes les médications ont été jusqu'ici sans effets. Quand elle dépend d'un catarrhe nasal, on peut porter un pronostic favorable ; cependant je ne connais aucun cas de guérison d'anosmie remontant à deux ou plusieurs années. »

Moure, qui, à Bordeaux, se trouve en plein champ d'observations, écrit également : « Si l'anosmie ne peut être rattachée à aucune altération visible à l'examen direct, il est fort à craindre que la perte de l'odorat ne soit alors définitive. »

Nous-même n'avons éprouvé que des insuccès dans la plupart des cas que nous avons rencontrés. Aussi croyons-nous intéressant de vous communiquer deux faits récemment observés, relatifs à des malades atteints d'anosmie depuis huit et quatorze mois, et dont la guérison a été obtenue par l'emploi du gaz acide carbonique sous forme de douche nasale.

Observation I. — X..., âgé de quarante-six ans, névropathe arthritique, habite une ville du Nord, où il fait de la représentation pour les vins et les liqueurs.

Nous lui avons donné des soins en 1887 : il souffrait alors de violentes crises d'asthme qui ne nous avaient pas paru avoir une origine nasale.

En 1893, il revient au Mont-Dore ; son asthme est notablement amendé ; mais, à la suite d'une broncho-pneumonie survenue en mars, il est resté de la toux, de l'expectoration et un essoufflement dont veut se débarrasser le malade.

X... a beaucoup vieilli ; il est amaigri, il est devenu triste, presque mélancolique ; il se voit à la veille de quitter sa situation commerciale : il ne peut plus reconnaître les qualités d'un vin ; il a perdu l'odorat dans les circonstances suivantes.

En décembre 1892, il fut atteint d'une affection catarrhale des premières voies respiratoires que le médecin rattacha à la grippe ;

les symptômes laryngo-bronchiques disparurent assez rapidement, mais l'enchifrènement, l'écoulement nasal et les maux de tête persistèrent. Des douches nasales à l'eau boriquée furent pratiquées matin et soir, pendant quelques jours, au moyen d'un irrigateur ordinaire, mais elles provoquaient des crises céphalalgiques telles que le malade dut les cesser; et il est depuis convaincu que l'anosmie est le résultat de l'irrigation.

Bien qu'aucune nouvelle médication ne fut essayée, les phénomènes locaux s'amendèrent peu à peu; au milieu de janvier, le nez était tout à fait libre, mais il était devenu le siège d'une sécheresse intérieure assez pénible, et de plus X... ne percevait plus les odeurs ni la saveur des aliments.

Nous voyons le sujet au mois d'août, et l'examen rhinoscopique ne nous révèle qu'une légère hypertrophie de la muqueuse, surtout à la partie antérieure du cornet inférieur droit; pas la moindre trace de matière purulente pouvant faire penser à une affection des cavités accessoires; le malade est très affirmatif sur ce point; il ne se mouche presque jamais. La pituitaire a conservé sa sensibilité générale; avec la sonde, nous ne trouvons aucune localisation hyperesthésique.

Dans le naso-pharynx, la muqueuse paraît plutôt décolorée.

Nous mettons successivement, sous les narines du malade, de l'eau de roses, du *new mown hay*, de la teinture de benjoin, de musc, de l'essence de lavande, du chloroforme, de l'iodoforme, sans qu'il soit impressionné par aucune de ces odeurs; mais les vapeurs d'acide sulfureux et d'ammoniaque amènent des picotements et des éternûments.

Il lui est également impossible d'apprécier le bouquet des vins, alors qu'autrefois il reconnaissait les principaux crus du Bordelais et indiquait même l'année de la récolte. Il distingue cependant au goût les substances douces, amères, acides.

Nous proposons, en outre des pratiques ordinaires, l'emploi du gaz carbonique. Chaque jour, matin et soir, pendant trois semaines, le sujet se rendit à la source Madeleine, où, à l'aide d'un tube en caoutchouc et d'un embout nasal, il soumettait sa pituitaire à l'action du gaz carbonique mélangé de vapeur d'eau qui se dégage de la fontaine. Les séances furent d'abord de une minute, puis de huit, de dix et enfin de quinze minutes. La réaction locale fut légère; pas de céphalalgie.

Dès le troisième jour, l'écoulement muqueux était assez accentué, et obligeait bientôt le malade à se munir de plusieurs mouchoirs.

Le dix-septième jour, X... vint tout heureux nous annoncer qu'il

avait perçu l'odeur de la corne brûlée en passant près d'une maréchalerie.

Nous conseillons au sujet de continuer après sa cure l'usage de l'acide carbonique au moyen de siphons à eau de seltz, et fin octobre nous recevions une lettre du malade : il se considérait comme guéri, percevait la plupart des odeurs, et, ce qui avait plus de prix pour lui, pouvait apprécier l'origine et la valeur des vins.

Obs. II. — X..., âgé de quarante-un ans, cuisinier à Paris, est un vigoureux Auvergnat qui n'a jamais pris grand soin de sa santé.

Nous le voyons en décembre 1894 : il ne travaille plus depuis six mois, parce qu'au goût, il peut seulement distinguer les aliments sucrés ou salés; il ne perçoit aucune odeur, d'où l'impossibilité de préparer certains mets et de faire certains achats.

A force de questions, nous parvenons à tirer de lui les renseignements suivants : A la fin de l'été 1893, il a été affecté d'éternûments fréquents, d'enchifrènement, de gêne respiratoire nasale, de migraines, de vertiges, accidents qui se sont développés et accentués lentement, et qu'il attribue à une série de bains froids pris au moment des fortes chaleurs.

Puis les phénomènes aigus et douloureux s'étant amendés, il constata qu'il continuait à ne pas sentir les odeurs et à ne pas apprécier la saveur des aliments; il consulta un médecin qui lui prescrivit des irrigations à l'eau salée, et une poudre à priser. Ce traitement restant sans effet, il vit successivement plusieurs spécialistes qui employèrent le galvanocautère, la méthode électrolytique, les courants induits, et firent des insufflations avec une poudre à la strychnine.

Aucune amélioration ne s'étant produite, le malade, depuis trois mois, ne suit plus aucun traitement.

A l'examen, aucune apparence d'insuffisance nasale respiratoire ; la muqueuse molle n'est plus hypertrophiée, ni congestionnée ; on voit sur les cornets inférieurs les traces cicatricielles des cautérisations, ainsi qu'à droite sur la cloison, où il existe un petit éperon ; le contact de la sonde montre que la pituitaire a conservé sa sensibilité tactile ; pas de croûtes, pas de muco-pus ; le malade se mouche rarement.

Le sujet ne perçoit pas l'odeur de l'eau de Cologne, du chloroforme, de l'acide phénique, de la naphtaline ; au goût, il ne différencie pas des pastilles de Vichy à la vanille et à la menthe.

Nous parlons à X... du résultat que nous avons obtenu dans le

cas précédent, par l'emploi de l'acide carbonique, et le décidons à recourir au même moyen, à l'aide du siphon à eau de seltz.

Matin et soir, le malade respire le gaz contenu dans un demi-siphon ; comme phénomènes locaux, il n'y a qu'un peu d'enchifrènement et une sécrétion peu abondante. Dès le sixième jour, à chaque séance, un siphon entier est utilisé.

Le dix-neuvième jour, le malade est impressionné par les exhalaisons d'un dépotoir ; les fonctions de l'odorat et du goût se rétablissent peu à peu. Nous venons de voir X... en Auvergne ; son état est très satisfaisant ; il se propose de reprendre sous peu l'exercice de ses fonctions culinaires.

Peu utilisé de nos jours dans le traitement des affections nasales, le gaz carbonique a été autrefois employé, ainsi que l'indique la citation suivante empruntée à Herpin (de Metz) (1864) : « On a fait usage avec succès des douches ou des injections de gaz carbonique dans certaines affections de la membrane pituitaire ; dans les cas de suppuration, il en corrige et en diminue la mauvaise odeur, il favorise et active la guérison. » Puis, le silence se fit autour de cet agent thérapeutique et nos traités actuels de rhinologie ne consacrent pas une seule ligne à l'étude de ses propriétés curatives.

Le but de cette note est d'attirer l'attention de nos collègues sur les effets irritants d'abord, puis résolutifs de l'acide carbonique, lorsqu'il est mis en contact avec la muqueuse nasale. Nous croyons que l'on peut se servir avec avantage de ce gaz, en particulier dans les rhinites chroniques atteignant la partie olfactive de la muqueuse, région sur laquelle nos moyens d'action sont bien limités soit avec les instruments, soit avec les douches liquides.

Au Mont-Dore, grâce à l'installation conseillée par notre confrère et ami M. Léon Chabory, nous mettons journellement à profit la douche nasale carbonique, et nous avons souvent pu faire disparaître des poussées vaso-motrices, enrayer la marche de coryzas aigus ; nous avons aussi eu à nous louer fréquemment des résultats obtenus chez les sujets atteints de rhinite hypertrophique à qui nous ne pouvions conseiller les irrigations liquides.

En dehors de la station, la médication peut être suivie par un procédé très simple et à la portée de tous. On prend un siphon d'eau de seltz, que l'on retourne complètement, de telle façon que le fond du vase se trouve en haut; on presse la soupape pour laisser s'échapper la quantité de liquide qui est au dessus de l'extrémité du tube intérieur. On adapte alors au robinet de sortie un tuyau en caoutchouc de 15 à 20 centimètres de long se terminant par une canule nasale. L'appareil est prêt à fonctionner. Si l'on introduit la canule dans une narine et si l'on presse légèrement la soupape, l'acide carbonique pénètre dans les fosses nasales. On peut, à la rigueur, se contenter d'approcher le robinet de la narine en inspirant fortement par le nez : le gaz carbonique est entraîné par le courant d'air, et se répand avec lui dans les parties respiratoire et olfactive des conduits nasaux.

C'est un moyen thérapeutique peu compliqué et peu coûteux, dont nous recommandons l'emploi soit au début, soit dans le cours du *rhume de cerveau vulgaire*.

Séance du 4 mai

Présidence de M. Moure.

DE LA SYNERGIE AURICULAIRE EXAGÉRÉE

Par le Dr **MOUNIER** (de Paris).

Je donne une observation intéressante de synergie auriculaire exagérée, étant allée jusqu'à l'inhibition auditive, avec cette particularité que c'est un simple bouchon cérumineux de l'oreille *gauche* qui a pu déterminer pendant cinq mois, par action réflexe, la perte totale de l'audition de l'oreille *droite* précédemment traumatisée.

La perte de l'ouïe était devenue complète à droite après un accident de voiture, et il a suffi d'enlever un bouchon cérumineux à gauche pour amener l'audition de l'oreille droite, pour la montre, de 0 à 50 centimètres.

Le malade, âgé de quarante-deux ans, n'avait aucune tare nerveuse.

L'oreille droite, après le traumatisme, étant en état de faiblesse nerveuse, a subi le contre-coup de la baisse de l'oreille gauche, où probablement le bouchon cérumineux qui s'y trouvait, déplacé au moment du choc, a comprimé le tympan en faisant baisser l'acuité auditive de ce côté et en supprimant par synergie l'audition à droite.

DISCUSSION

M. Gellé. — Je pense qu'en dehors des causes d'origine semblable, on peut, dans les cas analogues, invoquer la surexcitation de l'accommodation auditive.

M. Castex. — J'ai observé récemment un cas de synergie auriculaire due à une blessure du tympan gauche. L'oreille droite présenta pendant quelque temps de la diminution de l'ouïe, des bourdonnements. Il existait aussi de la diplacousie disharmonique.

DEUX CAS DE CHANCRE PRIMITIF DE LA CLOISON NASALE

Par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.

Je n'ai pas l'intention de refaire l'historique des chancres primitifs du nez. La question a été surtout parfaitement étudiée l'année dernière dans trois travaux importants. Je veux parler des thèses de Le Bart et de Bazenerye (Paris 1894), puis d'une excellente revue générale publiée en octobre 1894, dans la *Gazette des Hôpitaux*, par M. Chapuis, actuellement interne de mon service.

Depuis le cas de M. Chapuis, j'ai trouvé (1) une nouvelle observation due à Rueda (de Madrid). Le diagnostic de ce dernier cas eût été plus certain, si Rueda avait pu observer ultérieurement les accidents secondaires.

(1) *Revue de Laryngologie*, n° 4, février 1895.

Le chancre primitif de la pituitaire est le plus rare des chancres extra-génitaux. La liste en est encore fort pauvre, trop pauvre assurément, car il est certain que dans nombre de cas, la lésion n'est pas diagnostiquée. Aussi ai-je cru bon de faire connaître deux nouveaux cas que j'ai eu l'occasion d'observer cette année, à l'hôpital de la Croix-Rousse. En lisant ces deux observations et celles publiées par d'autres auteurs, on apprendra à mieux connaître la nature et l'aspect de cette lésion. On verra que ce chancre, tout comme celui du tégument externe, a des caractères propres bien déterminés.

Le chancre de la pituitaire n'a rien à voir avec les pratiques contre nature ; c'est une lésion purement accidentelle, dans laquelle la contamination par les doigts joue le principal rôle.

Observation I. — S..., âgé de vingt-deux ans, apprêteur à Lyon, se présente à la consultation de la Croix-Rousse, le 5 janvier 1895. Il se plaint d'une obstruction de la narine droite et nous montre une petite ulcération siégeant à la partie inférieure de la cloison. Cette ulcération est de forme elliptique, elle a une dimension de 7 à 8 millimètres de longueur sur une largeur de 3 millimètres à peine. Elle est déprimée en cupule, mais ses bords ne sont pas décollés. Le fond de l'ulcération est garni d'une croûte brunâtre. La lésion siège néanmoins sur un boursouflement de la muqueuse et, lorsqu'on examine la fosse nasale avec le spéculum, on voit que le gonflement s'étend presque dans toute l'étendue de la cloison en arrière. Cette tuméfaction est dépressible à l'exploration au stylet. Au premier abord nous ne pensons pas à un chancre de la cloison ; cependant nous considérons la lésion comme suspecte et nous explorons la cavité buccale. Nous constatons des plaques muqueuses sur les deux amygdales. Il existe un paquet ganglionnaire sous-maxillaire du côté droit.

Le malade est interrogé au point de vue de la syphilis. Il affirme n'avoir jamais eu de chancre et déclare qu'il n'a pas eu de rapports sexuels avec d'autres femmes que la sienne. On constate sur le tronc une syphilide maculeuse assez confluente. La verge est examinée avec le plus grand soin et l'on ne trouve nulle part la moindre trace d'un chancre ancien ou récent. Un de mes internes, M. Tixier, qui venait d'examiner le malade, émet l'idée qu'on pourrait bien avoir

affaire à un chancre induré de la cloison. En examinant à nouveau la lésion, on voit que tous ses caractères se rapportent bien à ceux du chancre primitif de la cloison. C'est en somme un *ulcus elevatum* classique entouré d'une zone tuméfiée et rougeâtre. Comme dans la plupart des cas décrits, l'obstruction nasale est à peu près complète.

Restait à préciser les dates d'apparition des divers accidents. Il y a deux mois, le malade ressentit une douleur assez vive au niveau de la parotide droite; cette douleur provenait d'un ganglion situé derrière l'angle de la mâchoire. A peu près en même temps, il se plaignait d'une petite écorchure à droite sur la cloison nasale. Il se formait sur ce point des croûtes qu'il enlevait avec l'ongle. De gros ganglions durs apparurent aussi dans la région sous-maxillaire droite. Au bout de quatre semaines environ, survint de la céphalée nocturne. Enfin, il y a quinze jours, c'est-à-dire six semaines après le début, il constata l'apparition de l'éruption cutanée. Le malade n'a jamais rien ressenti dans la gorge et ne s'inquiétait que de sa lésion nasale.

Non seulement il n'existe aucune trace de chancre de la verge, mais encore, nous n'avons rien trouvé ni sur les amygdales, ni sur l'anus, qui puisse simuler un chancre. Si, au contraire, on tient compte de l'ordre d'apparition des divers symptômes, force nous est de reconnaître que la lésion nasale, tant par son aspect que par sa date de début, ne peut être autre chose que la lésion primitive. C'est donc par la cloison nasale qu'a pénétré le virus syphilitique.

Comment s'est faite la contamination? Il est difficile de le dire. Nous pensons que la muqueuse a été infectée par l'ongle. Cette hypothèse est d'autant plus probable que ce jeune homme avait depuis l'enfance l'habitude de s'excorier souvent la cloison nasale avec les doigts. Nous avons eu l'occasion de pouvoir examiner sa femme; elle est enceinte de sept mois et ne présente pour le moment aucune lésion syphilitique.

Obs. II. — J..., trente-trois ans, employé de commerce; se présente à la consultation de l'hôpital de la Croix-Rousse, le 15 mai 1894. Cet homme se plaint de douleurs dans le nez du côté gauche. Il n'est atteint d'aucune affection grave; il a eu une blennorragie en 1875; mais jamais de lésion syphilitique. La douleur nasale date de huit jours environ; elle s'accompagne d'une obstruction complète de la narine gauche. Le courant d'air ne passe plus par cette narine. Il existe en outre de ce côté un écoulement peu abondant d'un liquide épais jaunâtre. Pas d'épistaxis. Le malade éprouve aussi une céphalée persistante.

Je constate dans la cavité nasale gauche, sur la cloison, à 2 centimètres de l'orifice antérieur, une tuméfaction toute spéciale qui ne ressemble à aucune des lésions ordinaires que l'on rencontre le plus souvent dans le nez. La lésion consiste en une ulcération blanchâtre entourée d'une zone rouge en forme de bourrelet saillant. Je n'hésite pas à voir dans cette lésion une lésion tertiaire, et je prescris quatre grammes d'iodure de potassium par jour. Le malade est interrogé avec soin sur ses antécédents. Il paraît répondre avec une entière sincérité. Il n'aurait jamais eu de chancre. Je dois ajouter qu'il s'est marié au commencement du mois d'avril et qu'il n'avait, à cette époque, pas vu de femme depuis deux mois.

Le 22 mai, je revois le malade. L'ulcération est beaucoup plus petite et le bourrelet inflammatoire a complètement disparu.

Le 18 juillet, notre malade que nous avions considéré comme guéri, revient à la consultation avec des plaques muqueuses de la bouche, de la dysphagie et une roséole sur le tronc. Le nez est absolument guéri et il est impossible de soupçonner même la moindre trace de la lésion antérieure ; à ce moment il n'y a plus de doute, la lésion qui avait été considérée comme une lésion tertiaire n'était rien autre qu'un chancre primitif de la cavité nasale. Il existe, en effet, de chaque côté de la mâchoire, un ganglion dur de la grosseur d'une noisette. Les ganglions n'avaient pas été recherchés au début, mais le malade se souvient parfaitement qu'ils existaient déjà et même qu'ils étaient plus volumineux. J'institue un traitement spécifique mercuriel.

Le 24 juillet, le malade va consulter mon collègue le Dr Cordier, qui confirme le diagnostic de syphilis et constate d'ailleurs un chancre sur la petite lèvre gauche de la femme du malade.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les différents détails de cette observation, nous voyons que tout concorde pour nous prouver que la lésion nasale était parfaitement un chancre primitif de la muqueuse nasale. Le malade n'avait eu aucune lésion sur la verge ; puis les accidents secondaires sont survenus dans les délais classiques. Enfin, la femme du malade a été contagionnée par son mari, puisque elle a eu un accident primitif postérieur aux accidents secondaires de son mari. On ne peut donc pas émettre l'hypothèse qu'elle ait pu être la cause première de l'infection.

Quant à la manière dont le mari a été lui-même infecté,

il nous est impossible de trancher la question. La situation tout à fait insolite du chancre permet de penser qu'il s'agit d'une contamination peu commune. Nous ne serions pas éloigner de croire qu'il a pu s'infecter avec l'ongle chargé de principes virulents spécifiques. Dans tous les cas, peu nous importe le mode d'inoculation : l'intérêt de cette observation résidant principalement dans le siège du chancre et nullement dans le procédé d'introduction du virus.

DES ŒDÈMES PHLEGMONEUX SOUS-CUTANÉS PÉRI-OTIQUES

Par le Dr **GELLÉ** (de Paris).

Dans une précédente étude sur l'otite et la paralysie faciale, lue au Congrès international de Berlin (1890), j'ai publié des faits très explicites démontrant que l'hémiplégie faciale douloureuse est parfois précédée de l'apparition d'œdèmes aigus sous-cutanés de la face, douloureux, et qui siègent soit sur le front, soit sur les côtés de la figure ou de la tête, quelquefois s'étendant jusqu'au haut du cou. La première observation de ce travail est un type de cette évolution des plus nets.

Observation (p. 732). — Il s'agit d'un chaudronnier qui s'aperçoit de dureté de l'ouïe à gauche, se plaint un peu de la gorge, et constate, en divers points de la face et du cuir chevelu du même côté, la présence de boursouflures douloureuses, chaudes, tendues, qui se montrent aussi sur la région mastoïde et au pourtour de l'oreille. Vers le huitième jour à peu près, défervescence, et paralysie faciale de ce côté gauche. M. à gauche = 10 centimètres, et D. V. latéralisé à gauche.

Douleurs névralgiques très vives dans tout le côté de la face et de la tête.

Les plaques œdématiées sont très douloureuses au toucher. Muqueuse pharyngée cramoisie, épaisse, œdématiée, du côté gauche surtout.

Vers la troisième semaine, accès de goutte au pouce du pied gauche, (goutte héréditaire), et mieux immédiat des douleurs, gonflements, névralgies, bourdonnements, etc., et de l'état congestif si intense du pharynx.

J'arrête là cette citation de l'intéressante observation : elle suffit à montrer les phénomènes pathologiques dont je parle en un tableau significatif et complet. On y voit un œdème aigu douloureux sous-cutané unilatéral coïncider avec de vives douleurs de la région péri-otique et de l'oreille même, de l'abaissement de l'ouïe, des vertiges, des bourdonnements, etc. ; et de plus un œdème analogue du pharynx ; enfin au huitième jour, accident imprévu, une paralysie faciale. Notons que l'otite n'arrive pas à suppuration ; la résolution graduelle a lieu vers la troisième semaine, chez un goutteux héréditaire.

J'ai depuis collationné tous les faits analogues, où l'œdème péri-auriculaire était le phénomène saillant, primaire, et surtout constituait l'unique lésion au début, masquant assez le fond pour faire admettre tout d'abord une affection superficielle.

Parmi ces œdèmes péri-otiques phlegmoneux, il en est qui passent sans laisser de traces ; d'autres sont suivis de surdité ; d'autres, de paralysie de la face. Leur évolution rapide, leur terminaison par résolution, leur siège constant autour de l'organe auditif, leur coïncidence fréquente avec des engorgements analogues de la muqueuse du pharynx, caractérisent nettement ces œdèmes aigus.

Leur pathogénie ne diffère pas de celle des œdèmes sous-cutanés étudiés dans d'autres régions ; et l'on s'aperçoit, à la lecture des observations, qu'ils forment trois catégories distinctes répondant à des étiologies différentes de l'engorgement du tissu conjonctif au niveau de l'oreille. C'est ainsi que, pour quelques-uns, l'origine nerveuse ne fait point doute ; d'autres relèvent d'un état général, l'arthritis ; les plus fréquents sont de nature infectieuse ; mais, il faut le dire, à la première inspection du malade, rien de tout cela

n'apparaît; on ne voit qu'un œdème aigu sous-cutané autour de l'oreille.

L'œdème déforme et bosselle plus ou moins les parties latérales de la face, du cou, de la région temporale, de la région mastoïde, causant la gêne des mouvements de la figure, quelquefois une sensation de raideur dans la joue ou sur les paupières.

Les points le plus fortement tendus, chauds et douloureux, sont les environs de l'oreille; parfois le pavillon est projeté en dehors; le sillon est effacé; on a l'aspect d'une mastoïdite.

Les limites du gonflement sont diffuses; et je l'ai vu s'étendre sur le front et jusqu'à la nuque; ailleurs, descendre jusqu'au corps thyroïde (Obs. du Dr Raickline).

L'œdème est chaud, surtout dans les formes arthritiques et infectieuses, et fort douloureux à la pression. Souvent il a envahi le conduit, et oblitère plus ou moins le méat auditif, causant de la surdité; dans ce cas, les douleurs otalgiques sont très vives et attirent l'attention vers l'organe de l'ouïe.

L'œdème a été fugace dans quelques cas, bien que s'étant terminé par une hémiplégie faciale.

En général, c'est un processus à évolution rapide, à marche aiguë, se terminant du huitième au douzième jour par résolution complète, soit qu'il laisse à sa suite une paralysie faciale ou un affaiblissement de l'ouïe, soit qu'il ne reste aucune trace appréciable de son passage.

Les douleurs névralgiques de la tête et de la face, très violentes, cessent dès qu'il entre en résolution.

C'est donc un œdème phlegmoneux sous-cutané péri-auriculaire surtout; c'est autour du méat que se voit son développement maximal.

Cependant je l'ai vu former des bosselures sur le vertex, et le Dr Raickline en a observé un cas où l'œdème aigu s'étendit jusqu'au niveau du corps thyroïde.

Ainsi la marche des faits montre que cette infiltration phlegmoneuse n'est pas autant en surface, ni aussi superficielle qu'il semblerait à première vue. Comme je l'ai dit,

l'on trouve assez fréquemment du côté de l'oreille, du pharynx et du larynx même, des symptômes qui appellent l'examen ; et celui-ci découvre alors des lésions analogues, des gonflements sub-œdémateux, rouges, unilatéraux d'ordinaire et plus accusés du côté de l'œdème sous-cutané.

On verra dans l'observation I qu'il y eut de la dyspnée au plus fort de la poussée ; il y a lieu de penser que l'infiltration s'étendait en profondeur comme en largeur. D'ailleurs, comment concevoir autrement cette terminaison du huitième au douzième jour, ici par une paralysie faciale, là par une surdité ou un vertige, quand l'œdème est en pleine résolution à la surface ? Comment expliquer la coïncidence parfois notée des bourdonnements, des vertiges, sans admettre que l'engorgement phlegmoneux aigu a gagné l'oreille ? Il ne faut pas juger sur l'apparence extérieure; l'œdème phlegmoneux sous-cutané douloureux signale sans doute des lésions des organes plus centraux.

Au reste, c'est affaire d'intensité dans l'énergie du processus phlegmasique. On comprend que, des environs de l'oreille, l'œdème puisse envahir le tissu conjonctif des couches profondes du cou, ou inversement.

Certains œdèmes latéraux du pharynx, accompagnés de vertiges, semblent des localisations du même ordre à début sous-muqueux et non sous-cutané.

Bien entendu, il ne s'agit ici, dans l'espèce, que des œdèmes aigus à marche résolutive, manifestations bien précises et apparentes.

En général, il n'existe pas d'adénites concomitantes ; et on ne voit aucune altération de la surface de la peau sur les parties soulevées et infiltrées, ni aucune desquamation lors de la résolution.

Dans les cas où une hémiplégie faciale a terminé, le huitième jour, la crise de douleurs et de gonflement inflammatoire, je n'ai trouvé aucune desquamation. Le plus souvent, en effet, le malade ne vient consulter que l'hémiplégie faite : alors, la résolution est déjà complète ; il n'en est pas de même dans les œdèmes phlegmoneux, arthritiques

ou infectieux, plus durables et cependant toujours susceptibles de finir par la résolution.

Chez les jeunes enfants, j'ai vu les douleurs violentes causer tout un ensemble de symptômes qui fit craindre une méningite au début; la vue du conduit oblitéré appela l'attention du côté d'une affection otique et dirigea le traitement de ce côté (Obs. avec le Dr Simon).

En pareil cas, quand on peut écarter doucement, avec le stylet garni d'ouate hydrophile légèrement graissée de vaseline boriquée, la paroi supérieure du conduit abaissée, qui cache le fond, l'audition reparaît souvent, et l'on ne trouve ni exsudat ni trace d'irritation otique profonde.

C'est la douleur plus que l'œdème qui occupe le sujet; mais bien souvent c'est l'apparition consécutive de la paralysie faciale, soit de la surdité, soit des vertiges, soit la constatation d'une ancienne affection otique, otorrhéique, qui seules montrent au médecin la gravité de l'œdème superficiel primitif, lequel a disparu. Véritable fluxion aiguë symptomatique d'une affection plus profonde, plus cachée, je ne puis que la supposer dépendante d'une ostéo-périostite du rocher, de nature rhumatismale ou infectieuse, d'après ses effets les plus tranchés et les lésions trouvées après coup.

La pétro-fallopiite (inflammation du canal de Fallope) causerait à la fois un œdème prémonitoire et l'hémiplégie faciale périphérique; l'otite rhumatismale, l'œdème sous-cutané aigu avec angine et l'otite résolutive ou plastique; la poussée infectieuse otorrhéique serait la troisième source de ces œdèmes phlegmoneux périodiques, dont la signification est alors plus connue, et grâce aux commémoratifs fréquemment diagnostiquée dans son étiologie et son pronostic sérieux.

Cependant ici se rencontre encore le caractère indiqué plus haut : la terminaison par résolution sans suppuration.

En dehors de ces cas bien franchement ou rhumatismaux ou infectieux, dans les œdèmes les plus fugaces de la région péri-auriculaire, l'influence de l'action nerveuse, comme cause

des troubles vasomoteurs et trophiques qui amènent l'infiltration séreuse aiguë du tissu conjonctif, n'est pas douteuse. Elle a été mise en évidence dans d'autres régions par les travaux de Rauvier, de Fort, de Charcot; et chez les hystériques, les tabétiques, par Charcot, Vulpian, Castex, Vergely. Récemment (Société de Biologie, 27 juillet) MM. Roger et Josué ont provoqué des œdèmes périotiques plus facilement après extirpation du ganglion cervical supérieur.

M. Mauclaire a publié récemment une conférence sur ces œdèmes sous-cutanés phlegmoneux d'origine nerveuse; j'en donne plus loin la bibliographie.

Il y a donc un œdème aigu essentiel ou nerveux d'origine, et peut-être est-ce la nature de ces œdèmes de rapide évolution qui précèdent certaines paralysies de la face, où les lésions otiques sont nulles ou peu appréciables.

Verneuil, Comby, Kirmisson ont décrit l'œdème rhumatismal d'origine.

Dans un troisième ordre de faits trouvent place des œdèmes sous-cutanés phlegmoneux à évolution rapide, à terminaison résolutive franche, après la disparition desquels l'observateur constate la présence de lésions anciennes des vieilles otites suppurées : ce sont des œdèmes chauds infectieux, symptomatiques.

Je dois dire, après M. Mauclaire, qu'aucun examen bactériologique de la sérosité de ces œdèmes phlegmoneux n'a été fait jusqu'ici.

Le diagnostic de ces œdèmes chauds douloureux périotiques n'est point difficile : il n'y a point de fluctuation, pas de ganglions le plus souvent, pas d'éruption locale, pas de clous, excepté dans la forme infectieuse, parfois; l'engorgement se développe rapidement; il est très douloureux, et la douleur rayonne souvent dans toute la moitié de la tête et de la face sous forme de crises névralgiques; il accomplit son évolution en huit à douze jours, en moyenne, dans la forme qui aboutit à la paralysie faciale; sa durée est plus longue dans l'œdème phlegmoneux rhumatismal ou dans l'infectieux; la terminaison par résolution en est le caractère bien net.

On a dû le confondre au début avec les oreillons, ces autres œdèmes aigus infectieux ; mais l'affection est unilatérale et se développe au niveau, au dessus et au devant du conduit tout autant qu'au dessous de lui ; le centre des douleurs est surtout otique et unilatéral ; chez les enfants, la confusion doit être facile cependant.

Un confrère qui m'amena sa dame avait cru tout d'abord à un érysipèle ; mais l'immobilité, l'unilatéralité de l'œdème, ses bords diffus, perdus, l'absence de ganglions engorgés, la visible oblitération du conduit dans certains cas, peuvent aider au diagnostic ; il faut y joindre les commémoratifs, qui apprennent souvent qu'il y a eu dans l'enfance une affection otique ou des crises analogues.

La marche rapide de l'affection, sa résolution assez prompte sont bien remarquables.

L'eczéma aigu et les clous du conduit sont très faciles à distinguer de l'œdème que je décris, qui est sans exsudat ni éruption.

Comment reconnaître au début l'œdème auquel va succéder la paralysie de la face ?

La pétro-fallopiite n'a que ce signe local uni à la douleur fixe à la pression sur la pointe de l'apophyse mastoïde et les crises névralgiques intenses qui sont signalées par la plupart des sujets ; l'œdème est moins phlegmoneux, plus limité et plutôt facial.

L'otite externe sera reconnue grâce à l'oblitération du conduit, mais différenciée par l'absence d'exsudat et la présence de l'œdème péri-auriculaire.

L'otite moyenne profonde doit être soupçonnée par tout auriste ; mais quand les commémoratifs sont muets sur la possibilité d'une otorrhée antécédente, et chez les enfants surtout, le diagnostic est très délicat ; la rapidité seule de l'évolution et de l'extension de l'œdème aigu plaide en faveur d'une lésion superficielle ; mais elle peut être symptomatique. Dès qu'on pourra écarter un peu avec le stylet les parois du conduit, on cherchera l'état de l'audition ; l'obstacle franchi, s'il y a des bourdonnements d'oreille,

des vertiges, de la douleur profonde, une surdité accusée, on tentera d'introduire lentement le spéculum auris, et on explorera le tympan et le fond du conduit, pour juger de la plus ou moins grande participation de l'oreille moyenne au processus phlegmoneux superficiel.

Les commémoratifs mettront sur la voie, en signalant une otorrhée ancienne.

Aux huitième, douzième et quinzième jours, la résolution se fait et l'exploration montre les dessous si importants à connaître.

Pendant les premiers jours, il est difficile de prévoir la marche et la terminaison du processus; son allure rapide, phlegmoneuse, n'est pas sans causer d'inquiétudes.

Cette étude montrant le rapport de ces œdèmes sous-cutanés avec des lésions périostiques profondes donne en réalité l'indication principale du traitement.

Le même embarras existera pour décider s'il n'y a pas mastoïdite; la rapidité de l'évolution de l'œdème aigu, péri-otique, l'accroît plutôt, au début surtout. Quelques faits, celui du D[r] Raickline entre autres, permettent de voir qu'il peut s'ajouter encore d'autres préoccupations : c'est quand l'œdème envahit le cou et qu'il y a des phénomènes de dyspnée.

Nous rappellerons que fréquemment on trouve, en même temps que l'œdème sous-cutané péri-otique, du gonflement de la muqueuse pharyngée, unilatéral ou général même; ce qui doit donner à penser que l'affection n'est pas aussi superficielle qu'elle le paraît tout d'abord, ni aussi simple.

Nous l'avons dit, l'œdème phlegmoneux péri-otique, sous-cutané ou sous-muqueux pharyngé, avec ou sans atteinte du conduit, avec ou sans angine, est le plus souvent symptomatique d'une ostéo-péritonite, soit autour du facial, soit auprès de l'oreille.

Chez l'enfant, il est parfois très limité, le méat fermé ; et les crises de douleurs font craindre la méningite ou l'otite profonde; cependant tout cela peut disparaître en huit à

douze jours par résolution totale, sans surdité et sans autre accident (Obs. avec le Dr J. Simon).

Observation I. — M. B... (envoyé par le Dr Raickline), quarante-six ans, paralysie faciale droite depuis vingt jours, après une attaque de vertige de Ménière, avec nausées et vomissements; tendance à tomber en avant, troubles de la vue; un peu de diplopie après l'accès; céphalalgie habituelle. C'est le troisième accès pareil; il a duré trois jours, et la paralysie faciale lui a succédé, mais en même temps le médecin a pu constater l'existence d'un fort œdème aigu de la gorge, de la moitié de la face et de la région maxillaire, avec sensation de constriction de la gorge, gêne respiratoire, douloureux au toucher. Audition affaiblie du côté de la paralysie : M. = 6 centimètres lors du premier examen et 30 centimètres quinze jours après. R. +; audition de la parole excellente. Pressions peu nettes : D. V. = bon; D./ tube = bon; D/or. douleur à droite et à gauche. Réflexes = 0. M. à g. = 12 centimètres. Pas de syphilis; trompes perméables; guéri trois mois après par les courants continus. Il reste quelques signes de paralysie vasomotrice à droite de la face (note du Dr Raickline). Signes de sclérose bilatérale.

Cette observation rappelle celle de Mme C..., que j'ai déjà, je crois, mentionnée; il s'agit d'un vertige subit de Ménière, tout à fait caractéristique, coïncidant avec un œdème chaud et rouge et sensible de la moitié du pharynx, saillant en forme de moitié d'œuf, avec surdité du même côté. C'était une manifestation aiguë rhumatismale; ce que l'apparition d'une arthrite du cou-de-pied, quelque temps après, démontra suffisamment : il n'y eut ici ni œdème sous-cutané ni paralysie faciale.

L'observation suivante reste à peu près dans le même cadre :

Obs. XXVII (cahier II, Salpêtrière). — 21 janvier 1894. — Mme P... a présenté pendant quelques jours un œdème douloureux chaud du côté gauche du cou, étendu de l'oreille à la région thyroïdienne, en même temps qu'un gonflement de la muqueuse de la gorge derrière le voile du palais du même côté, avec léger assourdissement et bruits dans l'oreille gauche devenue fort douloureuse au fond; tout cela a disparu le huitième jour sans exsudat et sans laisser de surdité

(M. = 70 centimètres); mais à l'apparition d'une paralysie faciale gauche, orbiculaire compris. Aucune trace de lésion otique actuelle.

Observation. — M. F. C..., dix-huit ans, est pris de douleurs du côté droit de la face et autour de l'oreille droite, avec mal de tête et fièvre légère et très passagère.

On constate un œdème chaud tout autour du pavillon, descendant vers la région parotidienne, s'étendant en arrière sur la région mastoïdienne, le pavillon porté dehors, s'élevant vers la temporale et gonflant la paupière; mais le point le plus saillant et le plus douloureux, à la pression surtout, c'est au dessous du lobule, à la pointe de l'apophyse; le conduit, légèrement diminué de calibre, permet l'audition restée excellente (M. = 80 centimètres au premier examen, troisième jour de l'affection). Il n'y a aucune douleur au fond de l'oreille; la gorge est légèrement rouge du côté droit.

Un médecin pense à une mastoïdite et veut trépaner. J'interviens à temps, et huit jours après il ne restait rien de cet œdème si étendu; l'ouïe est restée bonne du reste comme le premier jour. Le malade, revu deux fois, n'a eu aucun autre symptôme depuis lors.

Observation (p. 179. Cahier Salpêtrière). — 22 juillet 1894. — Belle enfant de douze ans; depuis trois jours, douleurs vives et gonflement du haut du cou, de la face, de la région temporale; on y voit un œdème chaud, sans fluctuation qui cause l'atrésie du conduit auditif mais sans sécrétion, sans altération du derme rosé et tendu; un peu de fièvre, peu de chose du côté de l'apophyse mastoïde; il n'y a jamais eu d'affection otique auparavant.

Au moyen d'un stylet garni d'ouate boriquée, j'écarte facilement les parois du conduit, je relève la paroi supérieure abaissée et je constate l'intégrité relative de l'ouïe; le huitième jour, je crois devoir faire une paracentèse exploratrice, vu l'intensité du gonflement, de l'atrésie et des douleurs péri-otiques, et rien ne sort; le tympan est intact et il n'y a pas d'otite moyenne; l'ouïe est bonne.

L'œdème avait envahi la surface mastoïde et s'étalait sur la moitié de la face au devant et au dessus du trou de l'oreille; au dixième jour, *résolution*.

J'ai vu trois faits analogues sur des enfants où la lésion fut aussi brusque au début accompagné de vives douleurs, puis d'œdème péri-otique chaud, à bords diffus, avec

atrésie ou non du conduit, sans lésion appréciable de l'oreille et de l'audition, quelquefois associé à une légère inflammation de la gorge du même côté.

La marche est à peu près toujours la même et la résolution au huitième ou dixième jour classe le fait dans les œdèmes sous-cutanés péri-otiques sans complication.

Un cas très net a été observé par le Dr Capitan et par moi, et nous fit craindre un moment une complication mastoïdienne d'otite catarrhale; or, tout était fini dans les termes cycliques indiqués, sans aucun fait otique ou autre.

Dans ces cas, il n'y a du côté de l'oreille aucune tare, aucun antécédent pathologique; la détermination est primitive.

Voici des faits où, derrière l'œdème aigu, on a rencontré après la résolution une lésion vieille de l'oreille, point de départ et foyer de l'infection secondaire.

Observation (nº 2 *bis*, cahier II Salpêtrière). — 12 février 1894. — Fillette de neuf ans, très bien portante, mais atteinte d'otorrhée ancienne. Depuis dix jours, dit la mère, l'enfant se plaint de l'oreille; ses traits sont altérés ; car elle a le visage déformé par une bouffissure graduellement croissante du côté droit de la face; fièvre, inappétence, mauvais sommeil, soif; rien à la gorge. Gonflement œdémateux de toute la région latérale de la tête tout autour de l'oreille, au dessus de l'apophyse, comprenant la région temporo-maxillaire et la région sous-lobulaire, en même temps atrésie du conduit auditif droit, sans sécrétion, ni altération du derme.

Le 15 tout s'affaisse, la douleur est passée; le conduit perméable laisse voir au spéculum le conduit libre et le tympan caché par un enduit pultacé adhérent.

Le 19, tout est rentré dans l'ordre : perforation visible sèche du tympan, après lavage.

Observation du même genre, du médecin lui-même :

15 octobre 1894. — M. le Dr C... est atteint de rhinite hypertrophique à gauche, extrême, car les voies aériennes sont presque nulles; pharyngite hypertrophique du même côté sans exsudat, muqueuse de rougeur cramoisie; migraines habituelles; rhumatisme articulaire chronique ou intermittent.

Il y à quelques mois, il a été pris d'un gonflement aigu, chaud et douloureux, de tout le côté de la face et de la tête, autour du pavillon, avec oblitération du conduit amenant la surdité; sans aucun exsudat, mais grande douleur.

M. = 45 centimètres à gauche; et seulement 1 centimètre à droite, côté de cet œdème. De ce côté droit, le sujet dit avoir une perforation tympanique depuis son enfance; ses deux conduits sont très étroits au méat. Cet œdème a duré quelques jours, puis a cédé rapidement, laissant l'oreille dans l'état où je la trouve et possédant à peu près la même acuité auditive qu'autrefois.

Je n'insiste pas davantage sur les faits de cet ordre, car ils sont assez fréquents et connus dans les complications de l'otorrhée. On peut cependant, à ce propos, en rapprocher les faits, cliniquement observés, d'accidents cérébraux (convulsions épileptiformes, délire, coma, raideur de la nuque) donnant l'idée de méningites consécutives à l'otorrhée, qui se sont terminés par la guérison, sans doute parce que la lésion consistait seulement encore en un œdème inflammatoire susceptible de résorption rapide.

Mais il ne faudrait pas croire que de pareilles infiltrations séreuses ne peuvent se développer que sur un terrain préparé par une lésion otorrhéique, sèche ou actuelle.

Les sujets qui ont déjà été atteints d'otites sont aussi un terrain disposé, sans qu'il soit besoin d'admettre la suppuration antécédente. Les œdèmes chauds péri-otiques sont observés chez les arthritiques et offrent parfois là un développement tel qu'ils ont pu donner au médecin l'illusion d'un érysipèle.

Mais l'oblitération du conduit, les douleurs péri-otiques surtout, le foyer siégeant au niveau du conduit, et l'œdème présentant là son développement maximum, tandis que ses limites sont diffuses et incertaines, son unilatéralité enfin et sa fixité, l'absence de ganglions enflammés, donnent en général les signes différentiels, auxquels se joint souvent le souvenir d'une affection antécédente de l'organe de l'ouïe.

L'observation suivante en est un type très instructif; elle a été prise avec soin sur la femme par le médecin et par moi.

Observation (résumée). — Mars 1893. — Mme L..., quarante-deux ans, très forte, très active, excellente mine et santé, est arthritique; elle a eu dans l'enfance quelques douleurs d'oreille à droite; son oreille droite n'a jamais valu la gauche; quelques accidents de la ménopause. Récemment, sans cause (elle accuse le froid), elle a été prise de douleurs vives dans tout le côté droit de la tête et de la face, avec gonflement chaud, œdémateux, rapidement étendu; le conduit est bouché, la surdité complète de ce côté : tout cela est pris pour un érysipèle, mais sa marche rapidement envahissante, avec centre otique fixe, l'absence de limites franches et de coloration, l'unilatéralité, ont fait abandonner cette première idée; et j'ai pu constater l'œdème sous-cutané péri-otique, avec atrésie du conduit, en résolution déjà du douzième au quinzième jour; le conduit s'est ouvert plus lentement; pas d'exsudat, derme sans lésion.

Voici un dernier fait où la marche et l'étendue de l'œdème inflammatoire sous-cutané unilatéral ont été à peu près les mêmes; mais la perte de l'ouïe consécutive montre que, dans certaines conditions, l'œdème sous-cutané phlegmoneux cause dans la caisse du tympan des lésions plus profondes et parfois irrémédiables.

Observation (résumée). — 29 octobre 1893. — Mme J..., vingt-huit ans; deux enfants, un de quatre ans, l'autre de six ans; entend très bien de l'oreille droite. Depuis quatre mois, la gauche se perd graduellement; à cette époque, sans dent malade, fluxion de toute la moitié gauche de la face et de la tête, autour, au dessus et derrière l'oreille gauche; fièvre, mal de tête, douleurs vives dans la région enflammée; surdité de ce côté. Le médecin n'a pas vu là un érysipèle. C'était fixe autour de l'oreille, où siégeait aussi le maximum de la douleur; et le mal, une fois développé, est resté huit jours dans l'état stationnaire; puis rapidement tout a disparu, laissant l'oreille gauche sourde. Depuis cette crise, cette dame a des métrorragies continuelles qui ont amené l'accès et un état névropathique.

Observation (avec le Dr Simon). — Enfant de quatre ans, très vif, prend froid sur un balcon : crises de douleurs violentes dans l'oreille et toute la moitié droite de la face; insomnie, agitation, rêvasseries, vomissements, céphalalgie, fièvre; cris persistants.

M. le Dr Simon remarque un conduit oblitéré sans exsudat ni

écoulement au huitième jour. Le pavillon est douloureux, le décubitus impossible de ce côté; léger empâtement derrière l'oreille, au dessus d'elle et sur la joue; tout est chaud et douloureux. L'enfant a des moments de rémission et son mal ressemble, dit la mère, à un mal de dents, mais la tête se prend et l'oreille est sourde. Je fais couvrir tout le côté de compresses glacées, je donne le sulfate de quinine à haute dose, et un calmant (bromure, chloral, le soir); dès le lendemain, repos; je puis entr'ouvrir le méat, constater la conservation de l'audition et l'absence d'exsudat. Quarante-huit heures après, défervescence et résolution complète.

DISCUSSION

M. Vacher. — Cet œdème péri-auriculaire, dont M. Gellé me semble vouloir faire un groupe clinique, se rencontre aussi très fréquemment dans le zona auriculaire, qui complique souvent le zona ophtalmique. A sa période de résolution, il donne lieu quelquefois à une sensation

---

BIBLIOGRAPHIE

Bischer. — *Sem. méd.*, 19 juillet 1893.
Davaine. — Thèse Paris 1879.
Comby. — *Progrès méd.*, 1880, p. 709.
Testelin. — Thèse Paris 1884.
Cœur. — Thèse Paris 1887.
Hormitz. — *Med. News*, 16 avril 1892.
Kirmisson. — *Progrès méd.*, 1876.
Guyon. — Cité dans Mauclaire, conférence.
Vergely. — *Arch. clin. Bordeaux*, 1892, p. 358.
Charcot. — « Leçons », t. I, p. 95 à 118.
Castex. — *France méd.*, 1877, p. 644.
Vulpian. — *Clinique de la Charité*, 1879, p. 844.
Groco. — « Diagn. du pseudo-rhumat. neuritique » (*Revue générale de Clin. et Thérap.*, 1893, p. 821).
Setterle. — *New-York med. Journ.*, 16 mars 1889.
Fort. — « Arthropathies tabétiques aiguës », in thèse Paris 1891.
Gellé. « Otite et paralysie faciale » (*Annales de l'Oreille et du Larynx*, novembre 1890).
Gellé. — « Conférences à la Salpêtrière », 1891-92.
Mauclaire. — *Clin. chirurg.*, in *Tribune médic.*, p. 172, 27 février 1895.
Roger et Josué. — Soc. de Biologie, 27 juillet 1895.

de fluctuation qui peut induire en erreur et provoquer une incision inutile. On constate aussi, à cette période de résolution, un ganglion au voisinage du tragus ; l'engorgement de ce ganglion se retrouve dans les suppurations anciennes de l'oreille moyenne avec suppuration de l'attique et de l'apophyse mastoïde, si bien que je suis porté à le considérer comme symptomatique de l'infection de cette région.

DU TRAITEMENT DES AFFECTIONS AIGUES DES CAVITÉS ACCESSOIRES DE LA FACE

Par le Dr **MOLL** (d'Arnhem).

Les inflammations des cavités accessoires de la face prennent une grande place dans la rhinologie de nos jours et il y a sur ce sujet une abondance d'observations et de communications. Je n'aurais pas osé augmenter leur nombre, si ce n'était pas pour vous communiquer une observation et un traitement qui peut-être pourront contribuer aussi bien à prévenir des affections et des accidents plus graves qu'à soulager les malades et à faire disparaître leurs souffrances.

Je veux m'occuper des sinus en général, parce qu'il me semble extrêmement difficile de différencier les sinus, quand il s'agit des affections aiguës. Je n'ai qu'à vous rappeler la difficulté énorme que nous rencontrons, dans les cas chroniques, dans les vrais empyèmes, où on ne croirait guère comment il est possible que l'on se trompe si souvent ; où les symptômes sont si faillibles que, cherchant ou devinant le pus dans l'antre maxillaire, nous ne le trouvons pas là, mais dans le sinus frontal, et *vice versa*. Pourrait-on, par exemple, exclure une affection de l'antre maxillaire quand il n'y a pas de douleur en pressant la fosse canine ? et accepter une affection du sinus frontal, s'il y a douleur autour de l'œil ou du bord supérieur de l'orbite, même en le pressant ? Non, Messieurs. Nous avons plus d'une fois observé des malades affectés d'un empyème de l'antre

maxillaire, sans aucune douleur ni dans la fosse canine ni aux dents, ne se plaignant que d'une névralgie supra-orbitaire; et par contre on serait dans l'erreur si on voulait employer cette localisation supra-orbitaire pour l'affection du sinus frontal. De plus, le traitement de l'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs à l'aide de l'électrolyse ne nous a-t-il pas appris que les malades accusent des douleurs dans les dents incisives? Là donc où l'empyème de l'antre n'existe assurément pas, il y a pourtant le symptôme le plus marquant, artificiellement créé, seulement par irradiation.

Cependant, il y a différents symptômes qui nous montrent le chemin : l'affection ordinairement unilatérale, la localisation du pus, l'existence de granulations, de polypes, etc. Dans l'éclairage de la face par transparence, nous avons obtenu un appui, surtout depuis que Davidsohn, Garel et Burger ont étendu l'examen à la perception individuelle de lumière. Finalement on peut fixer positivement le diagnostic par la ponction qui met en évidence la présence du pus. Il en est autrement dans l'état catarrhal aigu du nez, dans lequel la plupart des signes susdits nous font défaut. Comme nous l'avons constaté pour les cas chroniques, de même nous ne pouvons pas employer pour les cas aigus les symptômes subjectifs. La névralgie supra-orbitale, céphalalgie, douleur à l'occiput ou au sommet de la tête, abattement, ne sont-ils pas communs aux affections de tous les sinus? Et quant aux symptômes déjà nommés et si significatifs pour les cas chroniques, qu'est-ce qu'ils valent dans les cas aigus? L'affection de la muqueuse n'étant pas unilatérale, la localisation sera plus difficile à démontrer; il n'y a point de granulations ni de polypes; le seul moyen sûr et infaillible, c'est-à-dire la ponction, est trop difficile à appliquer pour qu'on le pratique pour une affection si passagère. Et puis, comment faire avec le sinus sphénoïdal, dont l'orifice, souvent caché derrière la partie postérieure du cornet moyen, sera d'autant plus difficilement accessible que la muqueuse sera davantage gonflée; et enfin comment

faire avec le sinus ou plutôt avec les cellules ethmoïdales? Pourra-t-on nier que justement ces sinus participent au catarrhe aigu des fosses nasales? Il faut donc s'abstenir de vouloir préciser la localisation des différents sinus, d'autant plus qu'elle n'est pas nécessaire pour le traitement, comme je vais vous le démontrer. Du gonflement général de la muqueuse résulte une occlusion des orifices des sinus, et cette occlusion elle-même peut devenir la cause de l'affection des sinus par l'absorption de l'air renfermé dans la cavité; la pression de l'air ainsi diminuée produira une fluxion des vaisseaux, gonflement, œdème ecchymosé, exsudation d'un liquide séreux ou muco-purulent, et dans les cas de durée prolongée, purulent.

Un tel état de la cavité dans ses différentes périodes se manifeste par différents symptômes : névralgie, pesanteur, etc., etc. Le plus souvent, ces symptômes douloureux disparaissent sans aucun traitement, ne laissant aucune trace, sauf les brides que Zuckerkandl a parfois trouvées dans les cadavres. Cependant j'ai remarqué que dans certains cas de coryza aigu, au début ou dans le cours de l'influenza, ces symptômes ne disparurent pas et plusieurs malades venaient me consulter à cause de cette douleur. Alors le médecin spécialiste est obligé d'intervenir. Ordinairement je commençais le traitement par la cocaïnisation de la muqueuse pour éliminer les réflexes de la muqueuse, dans la plupart des cas sans effet suffisant ou même sans succès. Ensuite, j'appliquais la méthode de Hartmann pour tâcher, par compression de l'air, d'après le procédé de Politzer, de vider la cavité ou de rétablir l'équilibre.

Quelquefois ce procédé avait du succès, d'autres fois non. Il me faut dire que souvent, en l'appliquant, m'est venue l'idée : Est-ce que je ne peux pas nuire? Est-ce qu'on ne pourra pas introduire dans l'oreille moyenne des matières infectieuses? Est-ce que les conditions n'y sont pas extrêmement favorables : le nez rempli de ces matières, la muqueuse gonflée, de sorte que, par la trompe, s'ouvrant au juste moment par l'action des muscles et se fermant tout

de suite après, les matières une fois entrées ne pourront que difficilement sortir? Une fois, ayant observé un tel accident, une otite moyenne *post hoc*, je ne veux pas prétendre *propter hoc*, je ne m'y suis plus résolu.

Ziem (de Dantzig) a proposé de placer un tube derrière le voile du palais et puis comprimer l'air du nez d'arrière en avant. Ce procédé, quoiqu'il évite les dangers du précédent, me semble désagréable, insuffisant et, comme toute idée de vouloir vider par compression les cavités annexes aux fosses nasales, *irrationnel*.

Je me demande quel sera le résultat de la compression. En premier lieu, l'air comprimé pressera contre les parois et bien sûr aussi contre la muqueuse, autour des orifices, et le résultat de cette compression sera plutôt que la muqueuse gonflée s'ajustera et fermera l'orifice. De même que dans la plupart des cas de catarrhe du naso-pharynx, l'épreuve de Valsalva sera négative; l'air comprimé n'entrera pas dans la cavité du tympan, même avec une pression maxima d'expiration, comme Hartmann l'a constaté; il n'y entrera qu'après que, par l'action des muscles, l'orifice sera dilaté. Quel sera l'effet de la compression de l'air dans les autres cavités communiquant avec le nez sans canal (sinus maxillaire et sinus sphénoïdal)? Sans doute, l'air pourra y entrer plus facilement, mais la compression étant égale dans les sinus et dans les fosses nasales, les liquides renfermés dans la cavité ne pourront pas s'écouler au dehors. Comment donc expliquer l'effet favorable quelquefois obtenu du procédé de Politzer? Tout de suite après la compression il s'établira, parce que l'air échappe avec force par les narines et par la bouche (expiration forcée), un courant d'air rapide qui, passant au devant des orifices, y produira un moment de basse pression, une sorte d'expiration brusque qui a pour effet de pousser au dehors les liquides contenus dans les cavités ou du moins d'y rétablir l'équilibre. C'est donc plutôt aspiration que compression qu'il faut employer, et cette aspiration, on pourra la produire en mettant l'air contenu dans le nez sous basse pression. Quand on ferme les

narines et la bouche, et qu'on élargit activement la cavité thoracique par l'action des muscles, on produit dans toutes ces cavités une pression négative qui, suivant mon célèbre maître feu le Prof. Donders, peut s'abaisser même jusqu'à 57 millimètres de mercure. J'ai pu constater cette pression négative dans l'antre maxillaire jusqu'à 15 millimètres chez un malade affecté d'un empyème de l'antre, dont j'avais perforé l'alvéole. Ayant introduit un tube dans l'antre, à travers l'ouverture de l'alvéole, et bien fermé tout autour, je le fis communiquer avec un manomètre; bouchant les narines et la bouche et élargissant la cavité thoracique, on vit s'élever le liquide dans le manomètre, effet produit par la basse pression dans le nez et dans l'antre. Je ne veux pas davantage m'occuper des explications de physique, mais vous communiquer quelques observations et les résultats obtenus. La plupart des malades qui venaient me consulter étaient ceux qui, pris par la grippe au début ou dans le cours de cette maladie polymorphe, se plaignaient d'un violent mal de tête, siégeant dans la région supra-orbitale, de la vraie céphalalgie, pesanteur de tête, etc. L'anamnèse me confirma que presque toujours ils avaient souffert ou souffraient encore d'un rhume de cerveau avec une sécrétion plus ou moins abondante, quelquefois même très minime. Souvent ces malades avaient été déjà traités et avaient pris differents médicaments : quinine, antipyrine, etc., sans que la douleur, étant permanente ou intermittente, disparût. Ne voulant pas trop exiger de votre indulgence, je ne vous citerai que brièvement les cas suivants :

Mlle M..., vingt-neuf ans ; est tombée malade les derniers jours de janvier, présentant les symptômes de l'influenza; quelques jours après le début, elle éprouve une vive douleur dans l'oreille gauche, et le lendemain, dans la région temporale gauche, autour de l'œil et sur l'apophyse zygomatique. En l'examinant la première fois le 5 février, je trouve l'oreille, malgré ses plaintes, tout à fait normale, l'audition normale également ; point d'affection de l'oreille moyenne; le nez présente une muqueuse gonflée, surtout à côté et en dehors du cornet moyen; là une couche de pus étalée au niveau de l'hiatus;

par la transparence de la face par la lumière électrique, la face était claire, sauf une partie du bord inférieur de l'orbite, formant un triangle avec la base en dehors; les pupilles sont claires, mais la malade n'aperçoit pourtant pas la lumière à gauche. Je lui fais fermer les narines et la bouche, puis élargir la cavité thoracique; et après avoir répété deux ou trois fois, il y a une augmentation de pus dans le nez. A ce moment déjà, elle constate elle-même que la tempe n'est plus si douloureuse. Comme traitement de la muqueuse, je lui insuffle du sozoiodol de soude. En rentrant chez elle, elle souffre encore de mal de tête, mais le soir la douleur dans la tempe a disparu. Je lui avais ordonné d'user de ce procédé toutes les deux heures deux ou trois fois, et lorsqu'elle revint, le 12 février, je pus constater par la transparence de la face, non seulement des pupilles claires, mais la perception de la lumière, par la malade, à gauche comme à droite. Le traitement fut continué et, huit jours plus tard, elle ne se plaignait de rien et se trouvait guérie.

En raison de la disparition des symptômes objectifs et subjectifs, je crois donc pouvoir affirmer avoir vidé l'antre maxillaire et prévenu par ce simple traitement une affection plus grave : un empyème de l'antre.

Voici ma deuxième observation :

Il s'agit d'une fille de vingt et un ans, domestique, qui, d'une ville voisine venait me consulter à cause d'un violent mal de tête, supra-orbital et permanent depuis quelques semaines. Elle a eu un très fort rhume de cerveau; le nez est un peu obstrué du côté où siégeait la douleur. Je trouve chez elle une légère rhinite, gonflement du cornet moyen, pas de pus. L'éclairage de la face montre une face claire, les pupilles lumineuses et perception de lumière des deux côtés. En éclairant le sinus frontal il n'y a point de différence à gauche et à droite; mais la malade déclare ne pas éprouver une sensation de lumière aussi claire à gauche qu'à droite. J'employai le procédé à pression négative plusieurs fois et, au grand étonnement d'elle-même et de sa mère qui l'accompagnait, la douleur disparut. Je lui ordonnai de répéter le procédé *pendant deux ou trois jours, et quatre fois par jour*. Le troisième jour la douleur revint, pas si forte qu'auparavant, mais pourtant très désagréable. Dans la journée, elle disparut pour ne plus revenir; six jours après, la malade vint me voir : elle était fort heureuse de m'apprendre la disparition totale.

Le diagnostic dans ce cas n'est pas si sûr que l'effet du traitement; mais il me semble qu'il y a une affection catarrhale des sinus frontaux, d'autant plus que la patiente me racontait qu'après l'emploi du procédé la sécrétion de muco-pus, qui avait tout à fait cessé, était revenue plus ou moins.

Pour finir, je veux vous communiquer une observation faite chez moi-même.

Dans les premiers jours d'une rhinite aiguë assez forte, je sentis une douleur unilatérale supra-orbitale gauche qui me gênait énormément; ce n'était pas cette pesanteur qu'on observe ordinairement dans le courant d'un coryza causé par obstruction du nez : non, la douleur était localisée et la moindre pression m'était fort désagréable. J'appliquai le procédé et je m'étonnai du succès immédiat; la douleur revenait bien de temps à autre, mais toujours je pus la chasser, jusqu'à ce qu'elle disparut totalement.

En outre il y a un autre avantage à ce procédé, c'est qu'il rend l'expulsion des matières beaucoup plus facile que par le moucher, où les efforts exagérés sont souvent si nuisibles. Il me reste à mentionner que, si la muqueuse de la trompe d'Eustache n'est pas gonflée et qu'on exagère le mouvement d'inspiration, l'air est aussi aspiré des cavités du tympan, d'où résultent des sensations bien connues, qui pourtant disparaissent en appliquant la preuve de Valsalva. Enfin il faut encore remarquer que le procédé de pression négative reste quelquefois, même dans les cas convenables, sans succès; c'est parce que les malades, n'ayant pas l'habitude, ne comprennent pas ce qu'on veut; on ferme la fente glottique et on produit en vain des mouvements inspiratoires; d'autres fois l'aspiration n'est pas assez forte pour vaincre les obstacles à cause des conditions défavorables du nez. Dans ces cas, comme dans tous les cas *chroniques*, on sera obligé d'agir plus chirurgicalement, de sonder, etc. Dans les cas chroniques, là où il y a des modifications dans les parois des cavités, soit de la muqueuse, soit de la paroi osseuse, où il y a des polypes, des hypertrophies, etc.,

le procédé n'a pas de valeur, soit qu'il doive soutenir le traitement, ou qu'il doive aider le diagnostic, ainsi que je l'ai observé une fois dans un cas d'empyème de l'antre maxillaire. Après avoir vidé et lavé l'antre, contenant du pus fétide, j'appliquai le procédé de pression négative et je pus observer de nouveau du pus dans l'hiatus semi-lunaire; il y avait donc dans ce cas un autre sinus affecté. Du reste le procédé ne pourra prévenir les accidents graves que dans le début des affections *aiguës*; il pourra délivrer les malades de beaucoup de souffrances, que jusqu'ici on croyait inévitables, étant des appendices des rhinites aiguës; c'est un procédé facile, que les malades peuvent appliquer chez eux et qui, si dans quelques cas il n'en résulte point de succès, a du moins le mérite de ne pas nuire.

SUR UN CAS DE RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

Par le Dr **Paul RAUGÉ** (de Challes).

On n'a pas souvent l'occasion d'apercevoir sur le vivant l'orifice du sinus maxillaire; je ne connais du moins aucune observation où ce fait ait été signalé. C'est tout au plus si l'on parvient, avec un peu d'adresse et quelque patience, à y introduire à l'aveugle une sonde, non sans briser quelques lamelles osseuses et sans élargir un peu son entrée. Mais si l'orifice en question a perdu dans ces derniers temps sa virginité au cathétérisme, il s'est dérobé jusqu'ici à l'exploration visuelle, et de fait, il semble impossible d'atteindre au moyen du miroir, et surtout d'atteindre par le pharynx, ce point réputé inaccessible. Voici pourtant un fait très authentique où j'ai rencontré par hasard cette curiosité rhinoscopique, et qui m'a paru bon à rapporter à titre de document rare. Je ne le donne pas, je vous prie de le croire, comme un tour de force d'exploration ni comme le record de la rhinoscopie; il s'agissait au contraire en l'espèce d'un examen particulièrement facile, dont tout le mérite revient

à l'extrême tolérance du malade, à la conformation de son pharynx et de ses cavités nasales. Je vous le présente encore moins comme un fait d'une grande utilité pratique, les conditions qui l'ont rendu possible étant par trop exceptionnelles pour faire de ce renseignement peu ordinaire une indication souvent utilisable. Il n'y faut voir, je le répète, qu'un cas curieux et très rare d'exploration intra-nasale, encore qu'il soit intéressant de savoir qu'on peut, dans certaines circonstances, atteindre du regard une région que les maladies du sinus ont mise ces temps-ci fort à la mode.

Combien anormales, en effet, doivent être les conditions qui permettent un pareil examen, c'est ce qu'on conçoit aisément si l'on veut bien se rappeler la disposition de la région et la situation profonde où se cache l'hiatus maxillaire. A l'exception de ses voisins, l'orifice du sinus frontal et celui du sinus sphénoïdal, il n'est pas, je crois, dans tout l'organisme, un point que la prudente nature ait dissimulé avec plus de soin à nos entreprises opératoires et à nos curiosités exploratrices. Placé au fond d'une gouttière (gouttière de l'infundibulum) qui ne s'ouvre dans le méat moyen qu'à travers une fente étroite (hiatus semi-lunaire), il est, surcroît de précaution, abrité supérieurement par la saillie en auvent du cornet moyen qui le surplombe : il se trouve ainsi comme enveloppé par deux volutes successives, superposées et imbriquées en sens inverse pour le recouvrir d'un double abri : l'apophyse unciforme en bas, et, en haut, le cornet moyen. Qu'on imagine, si l'on veut, creusée dans la paroi externe, une cavité peu profonde ouverte sur cette paroi par une fente linéaire, comme une boîte aux lettres dans un mur : c'est la gouttière de l'infundibulum s'abouchant dans le méat moyen par la fente de l'hiatus semi-lunaire. Au dessus de la fente d'entrée, l'avant-toit saillant du cornet, qui la protège à la façon de l'opercule dont est quelquefois abrité — je poursuis ma comparaison — l'orifice des boîtes aux lettres. Enfin, tout au fond de la cavité, un trou pénétrant dans le sinus : c'est l'hiatus proprement dit, qui se présente à l'ordinaire sous forme d'un orifice arrondi,

large au plus de deux millimètres. Cette description très rapide suffit à rappeler les obstacles qui cachent normalement ce pertuis à l'examen rhinoscopique. Bien que l'on soit, pour le sonder, obligé de l'aborder par devant et de faire pénétrer l'instrument à travers les fosses nasales, l'orifice du sinus maxillaire est assurément plus accessible en arrière, la gouttière où il est logé s'effaçant à sa partie postérieure et allant en quelque sorte mourir en s'évasant sur le plan de la paroi externe, tandis qu'en avant et en bas elle est bordée par la saillie tranchante du bord de l'apophyse unciforme. Toutefois, même en arrière, l'hiatus est encore trop couvert par la double saillie du cornet et de l'apophyse unciforme, pour que le regard puisse l'atteindre dans les conditions normales. Cette exploration n'est rendue possible que par un concours de circonstances particulières, qui se trouvaient réalisées comme à plaisir chez le sujet dont je vous entretiens. Ce malade se prêtait en effet d'une manière vraiment merveilleuse à l'examen profond des cavités nasales par la rhinoscopie postérieure. Il s'y prêtait de deux façons : d'abord par l'atrophie des lamelles osseuses, dont la disparition laissait l'orifice maxillaire exposé sans abri et complètement à découvert sur la paroi ; il s'y prêtait surtout par les dimensions de son pharynx et sa tolérance incomparable à la présence du miroir.

Il s'agissait d'un de ces ozéneux à tendance atrophique extrême, chez qui la fonte absolue des cornets et l'effacement de toutes les saillies font de la paroi nasale externe une surface sans relief, presque aussi exactement plane que la face de la cloison. L'atrophie, chez lui, portait notamment sur la partie postérieure de la fosse nasale droite et sur tout le pharynx nasal. Non seulement le cornet moyen, réduit à une bande d'insertion à peine saillante, laissait la gouttière de l'infundibulum entièrement à découvert, mais cette gouttière elle-même, largement ouverte et étalée, par l'atrophie de l'apophyse unciforme et de la bulle ethmoïdale, montrait, au lieu de la fente étroite que forme normalement l'hiatus semi-lunaire, une ouverture largement béante qui

permettait de l'explorer jusqu'au fond : et c'était sur ce fond à peine déprimé que l'on voyait nettement apparaître l'orifice du sinus, ouvert à plat dans la paroi, et complètement à découvert.

Mais, beaucoup plus encore que l'état des fosses nasales, une autre condition se rencontrait ici, qui rendait l'exploration extraordinairement complète et facile : je parle de l'aspect du pharynx nasal, dont l'ampleur et la tolérance se prêtaient d'une façon peu ordinaire à toutes les manipulations rhinoscopiques. C'était un de ces pharynx immenses, le vrai « cavernous throat » des Anglais, comme on en rencontre souvent chez les ozéneux, où cette région prend toujours plus ou moins part à l'atrophie nasale. On sait combien facilement se prêtent à la rhinoscopie ces cavités amples et maigres, dont la paroi postérieure, largement détachée de la voûte palatine, semble projetée en arrière, et laisse, derrière le voile immobile et tombant, un espace où évoluent librement les miroirs du plus grand diamètre. Ce n'est vraiment que chez les sujets présentant, plus ou moins marquée, cette disposition privilégiée et surtout cet abaissement du voile, que la rhinoscopie postérieure se montre vraiment profitable. On sait le peu de résultat que donne, entre les mains les plus adroites, ce mode précieux d'examen, lorsque le voile, incessamment relevé et tendu, vient se coller obstinément contre la paroi postérieure et n'en peut être détaché que si on le tient constamment en respect avec un crochet de Voltolini. Mon ozéneux, précisément, réunissait, à un degré que je n'ai jamais rencontré ailleurs, cette ampleur de la cavité et cette inertie musculaire : dans ce naso-pharynx large et tolérant, avec une langue déprimable et docile, un voile du palais inerte et dont aucun réflexe ne troublait l'examen le plus prolongé, l'abaisse-langue et le miroir faisaient littéralement ce qu'ils voulaient. Aussi rien n'était plus facile que de trouver l'inclinaison convenable pour éclairer la région de l'hiatus et pour en recevoir l'image : il suffisait de tenir le miroir très élevé, en ayant soin d'incliner sa surface en haut et un peu en dehors.

J'ai contrôlé sur le cadavre les conditions de cet examen pour en préciser les données. Voici les résultats de ces recherches, pratiquées sur une coupe antéro-postérieure du pharynx et des fosses nasales : le miroir, appliqué dans la position régulière de la rhinoscopie postérieure, se trouve éloigné de 7 à 8 centimètres de l'orifice du sinus maxillaire. Si l'on incline sa surface d'environ 45° sur l'horizon, le faisceau lumineux projeté horizontalement par le réflecteur frontal va très exactement, après réflexion sur le miroir pharyngien, atteindre la région de l'hiatus, pendant que l'image de cette région revient, suivant la marche inverse, vers l'œil de l'observateur. Chez un sujet pourvu de ses cornets normaux, l'éclairage ainsi pratiqué ne laisse voir évidemment que l'image que tout le monde connaît : deux bourrelets volumineux formés par la queue des cornets et remplissant le vide des choanes. Mais si, sur la pièce anatomique, on coupe ces cornets au ras de leur attache, la région postérieure des fosses nasales prend l'aspect d'un tunnel vide, largement ouvert en arrière, et dont on peut, par le pharynx, ainsi que je l'ai vérifié, éclairer et réfléchir tous les points, jusques et y compris la région supéro-antérieure, qui répond à la gouttière de l'infundibulum et à l'orifice du sinus maxillaire.

DE L'ASEPSIE EN OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

Par MM. **LERMOYEZ** et **HELME**

I

Les régions supérieures de l'arbre respiratoire constituent comme un prolongement, une pénétration du monde extérieur dans notre organisme Il n'est donc pas surprenant d'y rencontrer à l'état normal de nombreux saprophytes et aussi des microorganismes pathogènes. La flore bactérienne de ces cavités a été étudiée par divers auteurs, parmi

lesquels nous devons citer : Netter, Zaufal, Frænkel, Gradenigo et Martha, pour l'oreille; Ryce, Freudenthal, J. Wright, etc., pour le nez. Les microbes sont apportés dans ces régions par l'air, par les aliments, enfin par le contact des doigts et des objets usuels. On a essayé de calculer dans quelles proportions les germes pouvaient être ensemencés dans le nez par le simple acte de la respiration normale. A cet effet, J. Wright fit l'expérience suivante : il rechercha la quantité de microbes contenus dans 10 litres d'air de son laboratoire, et il trouva que ces 10 litres renfermaient 4 mucédinées et 125 bactéries et microcoques divers. Il fit alors passer à travers les fosses nasales une quantité équivalente de l'air de son laboratoire, qu'il recueillit à sa sortie du nez. Il analysa cet air et il n'y trouva que 24 bactéries pour 10 litres.

Cette expérience, bien qu'imparfaite, nous donne une idée de la grande quantité de microorganismes que l'air inspiré dépose dans nos cavités aériennes supérieures. Et cette quantité est encore accrue dans de notables proportions par l'abondant apport de germes qui se fait par les doigts, les aliments : l'envahissement est ainsi formidable et incessant.

Sous les coups de ces invasions répétées, l'organisme aurait bientôt succombé dans sa lutte contre les agents extérieurs s'il n'existait pas dans ses cavités mêmes une force de protection suffisante pour annuler leurs effets. Il n'y a, d'ailleurs, rien de spécial à ces régions, et nous retrouvons dans le nez, le pharynx et les oreilles, le jeu normal des défenses physiologiques tel qu'il a été démontré par Bouchard, par Buchner et d'autres auteurs, pour la rate, le sérum, le péritoine, etc. Il était aisé de prévoir que l'on retrouverait au niveau de ces zones mal défendues de par leur situation ce pouvoir bactéricide que l'on avait observé dans d'autres organes. Les recherches récentes de Wurtz et de l'un de nous ont démontré le pouvoir bactéricide du mucus nasal (1).

(1) Wurtz et Lermoyez. « Le pouvoir bactéricide du mucus nasal » (*Ann. des Mal. de l'oreille et du larynx*, août 1893).

Donc, normalement, les mucus servent à protéger les muqueuses. C'est là un premier mode de défense suffisant dans les conditions usuelles, et qui s'exerce sans demander à nos tissus aucun effort anormal. Mais si l'attaque est plus violente, si le nombre et la virulence des assaillants pathogènes s'accroissent, les forces de résistance se multiplient parallèlement; au secours des humeurs bactéricides qui faiblissent, accourent des renforts. Alors interviennent les éléments cellulaires, les leucocytes, dont la diapédèse abondante réalise l'immunité par phagocytose. A l'hypersécrétion de mucus, succède la production du muco pus, puis du pus.

Cependant il y a une limite à cette immunité naturelle; et les barrières peuvent être forcées et l'organisme vaincu dans deux cas : 1° quand la quantité des agents envahisseurs est tellement considérable que les défenses naturelles, calculées pour une attaque moins fournie, succombent sous le nombre; tel est le cas, fréquent en rhinologie, d'inoculation massive par instruments septiques; 2° quand une plaie fait brèche au milieu de ces défenses et ouvre une porte large aux microbes.

Or, à première vue, il semble que ces deux conditions d'infection générale sont si souvent réalisées par les manœuvres oto-rhinologiques, que les accidents consécutifs aux opérations de notre spécialité doivent être légion. Heureusement il n'en est rien, grâce surtout à la force de résistance de nos humeurs et de nos tissus; et ces accidents sont relativement rares. Nous disons « relativement », car si ces accidents existent, ils sont hors de proportion avec le nombre vraiment considérable d'interventions qui se pratiquent sur le nez, les oreilles, le pharynx et le larynx. Ils existent cependant et nous pourrions facilement montrer leur gravité. Ils existent même si bien qu'ils ont pu être catalogués (Lermoyez (1), Treitel (2).

Mais à côté de ceux qui sont connus, combien y en a-t-il

(1) Lermoyez. « Des accidents qui arrivent à la suite des opérations intranasales » (*Ann. des Mal. de l'oreille et du larynx*, février 1892).

(2) Treitel. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1890, n° 2.

qu'on ne publie pas! Et toutes ces complications opératoires sont d'autant plus fâcheuses qu'il est en quelque sorte de règle pour le grand public que les opérations des spécialistes constituent toujours des interventions sans importance. On ne saurait admettre pour elles aucun accident consécutif. Que penser cependant des otites purulentes succédant à l'ablation de végétations adénoïdes, des adénoïdites occasionnées par un simple toucher du cavum pratiqué par un doigt septique? Que dire aussi de la transmission de la syphilis à l'aide d'instruments non aseptiques? « C'est là, dit Bazenerye dans sa thèse (1), un mode de contagion sur lequel on ne saurait trop insister. Tout le monde a encore présente à l'esprit l'histoire de ce spécialiste coupable qui, soit par ignorance, soit par incurie, inocula, à l'aide de la sonde d'Itard, la syphilis à nombre de ses clients. En 1864 et 1865, plusieurs praticiens eurent à traiter les victimes de ces manœuvres imprudentes et coupables. Le Prof. Fournier cite le cas d'une jeune fille inoculée par la même pratique. Appelé auprès de cette malade, il trouve un pharynx ulcéré, un affaissement du nez, une perte complète du voile du palais. Zeil rapporte un cas semblable; de même Lancereaux dans la *Gazette des Hôpitaux* du 18 février 1886. Enfin, Dupont, dans sa thèse, rapporte une observation inédite de Moure, et d'après laquelle une dame de soixante-douze ans serait morte des complications du chancre qui lui aurait été inoculé par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. » Et l'auteur ajoute : « Ceux qui manquent aux règles de l'asepsie sont d'autant plus coupables que les moyens de désinfection sont aujourd'hui plus faciles et plus nombreux que jamais. »

II

Il nous paraît donc que tous ces accidents pourraient au moins être évités si la chirurgie spéciale adoptait strictement les précautions usitées dans la chirurgie générale.

(1) Bazenerye. Thèse de Paris 1894; chez Jouve.

Jusqu'à présent, ce côté de notre art a peut-être été un peu trop négligé. Non que les laryngologistes aient le triste privilège du pansement sale ; ce n'est pas ce que nous voulons dire et la plupart d'entre nous, au contraire, s'efforcent de réaliser de leur mieux ce qu'ils pensent être l'idéal des mesures préventives. Mais ce qui gêne ici leur réalisation absolue, sans laquelle il n'y a qu'incertitude et péril, c'est la *technique*. Or, l'application des méthodes d'asepsie ne vaut que par la minutie des détails. On ne doit rien omettre à aucun moment d'une intervention si minime soit-elle, sous peine d'encourir le reproche de faire simplement une asepsie de façade. Et celle-ci est plus dangereuse que l'abstention complète, parce qu'elle donne une fausse sécurité. Veut-on un exemple pour corroborer notre opinion?

Croit-on qu'on aura fait tout le nécessaire parce qu'on aura trempé pendant quelques instants un spéculum d'oreille, chargé de staphylocoques, dans une solution quelconque? Avec Martha nous répondrons hardiment : Non. Cet auteur n'a-t-il pas montré (1) que des spéculums d'oreille pris au hasard, après le nettoyage habituel, et bien qu'ils eussent séjourné quelque temps dans un antiseptique, contenaient tous des microorganismes divers. Et encore il ne s'agit le plus souvent que de microcoques non sporulés se divisant par scissiparité et non par sporulation. Ceux qui se reproduisent par spores seraient encore bien plus difficiles à détruire. Enfin, pour nous résumer, nous dirons qu'il n'y a pas deux façons de comprendre les interventions chirurgicales. De même qu'on ne saurait admettre un chirurgien pratiquant une opération sans profiter des méthodes aseptiques, de même les spécialistes qui, eux aussi, font somme toute de la chirurgie, doivent également appliquer les méthodes d'un usage courant dans la grande chirurgie.

Donc, en spécialité, l'antisepsie s'impose (2), mais plus

(1) Martha. Thèse de Paris 1893.

(2) Le premier auteur de la spécialité qui paraît s'être occupé de la question est Truckenbrod (de Hambourg), qui, dès 1877, préconisait, pour la stérilisation des instruments, soit l'eau bouillante, soit la vapeur d'eau sous pression (Compte rendu des séances de la section otiatrique, 59e réunion des naturalistes

encore l'asepsie. C'est surtout à cette dernière que l'on doit avoir recours. Non seulement, en effet, il est plus facile d'empêcher un ennemi d'envahir le territoire que de le repousser lorsque celui-ci est pénétré, mais encore il ne faut pas oublier qu'on évolue ici sur un terrain spécial plutôt défavorable à l'antisepsie. La grande très sensibilité des muqueuses du nez, de l'oreille et du pharynx ne permet le contact prolongé qu'avec des solutions très faibles. D'autre part, il faut compter, et c'est là un facteur très important, avec le pouvoir intense d'absorption des muqueuses.

Tout le monde connaît aujourd'hui le pouvoir d'absorption de la muqueuse nasale (1). On a même proposé d'employer cette voie pour administrer le chlorhydrate de morphine. On a montré, en outre, depuis qu'on s'occupe de la cocaïnomanie, avec quelle rapidité ce poison agit lorsqu'il est mis en contact avec la pituitaire. Le pouvoir d'absorption de la muqueuse de la caisse n'est pas moins grand. Nous pourrions le prouver par de nombreux exemples. C'est ainsi que l'on a observé, chez des enfants, des accidents d'intoxication hydrargyrique à la suite de lavages de l'oreille avec la liqueur de Van Swieten, le tympan étant perforé. Nous avons nous-même été témoin d'accidents sérieux dus à des bains de cocaïne prescrits par un pharmacien chez une malade qui avait une large perforation de la membrane tympanique. On ne saurait donc sans inconvénient mettre les muqueuses sur lesquelles nous opérons en contact prolongé avec des solutions toxiques. Pour ces raisons, l'asepsie est supérieure à l'antisepsie.

Cependant l'asepsie est le plus souvent laissée de côté,

et médecins allemands, Berlin, 1877). Signalons aussi « Antisepsie de la chirurgie nasale », par le Dr Ryce (de New-York), 22 septembre 1888; — J. Wright (de Brooklyn) (*Journal of American medical Association*, 13 août 1889); — « Asepsie et antisepsie en chirurgie nasale », par W. Freudenthal (*New-York medical Journal*, 11 février 1893); — J. O'Roe (*Philadelphia medical News*, 28 mars 1891). — Citons encore un article important sur le sujet, bien qu'il ait surtout trait à l'art dentaire : Miller, « Die Microorganismen der Mundhöhle », 2e édition, p. 264.

(1) Marco Treves : *Giornale della R. Accademia di Med. di Torino*, nº 7, p. 541, 1892.

cela pour deux raisons : d'abord on la croit trop difficile à réaliser; ensuite, on craint de compliquer encore davantage une technique déjà assez complexe par elle-même. C'est une erreur. On peut arriver à la presque perfection par des moyens simples. Nous avons longtemps étudié cette question; notre travail a pour but de vulgariser les moyens que nous avons employés pour rendre cette méthode pratique et en quelque sorte élémentaire. Mais nous devons avant tout diviser le sujet que nous allons traiter. L'asepsie est faite de détails, et une exposition méthodique nous permettra seule de faire envisager les points importants sur lesquels doit principalement porter l'attention.

On peut diviser les interventions qui relèvent de notre spécialité en trois catégories : 1° les examens ; 3° les opérations par voie naturelle et par voie artificielle; ces dernières, parmi lesquelles nous citerons l'opération de Rouge, la laryngofissure, la trachéotomie, la trépanation et l'évidement du rocher, relèvent de la grande chirurgie et réclament l'emploi des procédés ordinaires, technique trop connue pour que nous nous y arrêtions; 3° les pansements. Nous allons donc voir comment nous sommes arrivé à régler la pratique des examens, des interventions et des pansements. Étant donné le milieu, les difficultés nous paraissaient au début insurmontables. A l'user, nous avons vu qu'il fallait seulement du soin et de la patience, et par dessus tout la conviction. Combien sourient de toutes ces précautions qui, lorsque leur arrive une complication, l'attribuent à une simple coïncidence ou à l'imprudence du malade!

III

D'une façon générale, il y a lieu d'envisager quatre termes pour arriver à la solution du problème de l'asepsie, et l'on doit songer à la désinfection : *a*) du médecin; *b*) du malade; *c*) des instruments; *d*) des objets de pansement.

a) Désinfection du médecin. — Elle est impossible et illusoire. Si on l'exige, on n'obtiendra rien. Voit-on par

exemple un otologiste recevant des clients dans son cabinet, les bras nus, en blouse, les mains humides, dans une véritable tenue d'opération, comme s'il s'agissait d'une laparotomie à effectuer ? Or, c'est dans le cabinet que se pratiquent les opérations courantes. On y enlève les polypes de l'oreille et du nez, on morcelle les amygdales, on peut encore avoir à faire le curettage du larynx ou le grattage du naso-pharynx, toutes interventions qui réclament l'application stricte des règles de l'asepsie. Cependant celle-ci, telle qu'on la comprend habituellement, est impossible; mais voudrait-on l'appliquer, qu'avec la meilleure volonté du monde toutes les précautions deviendraient inutiles. A tout instant, en effet, le malade bouge; il faut lui replacer la tête convenablement. Pendant cette courte manœuvre, le champ opératoire n'est plus éclairé, il faut mobiliser avec la main le miroir frontal. Dix fois donc, au cours d'une intervention, les mains se salissent et il faudrait les laver dix fois chirurgicalement, chose impossible, surtout si l'on songe au temps dont on dispose, à l'anxiété du malade qui attend, cocaïnisé, etc.

Heureusement nous pouvons nous passer des précautions en usage dans la grande chirurgie. Il suffit pour cela d'imiter les bactériologistes. L'asepsie de laboratoire est autrement importante que l'asepsie chirurgicale. Le fil de platine qui va ensemencer le bouillon n'admet pas le moindre germe, puisqu'on ne saurait songer ici à une résistance du terrain triomphant de microbes ensemencés en petite quantité. Malgré cela, le bactériologiste n'a pas les mains aseptiques; seulement il ne touche jamais avec ses mains les milieux de culture et il n'arrive jamais jusqu'à ceux-ci que par l'intermédiaire d'instruments stériles. Nous n'avons qu'à agir de même pour arriver au même résultat, c'est-à-dire empêcher l'introduction des germes dans le champ opératoire.

Il est bien entendu qu'après avoir vu un malade, on aura le soin de se laver les mains, de les brosser au savon, au sublimé, etc. Mais cela seulement en vue de les débarrasser du sang, des mucosités; en un mot, c'est de la propreté,

non pas de l'asepsie. Donc, l'asepsie du médecin ne s'impose pas habituellement; elle est toutefois indispensable quand il faut introduire un doigt directement dans une cavité naturelle, par exemple avant de pratiquer le toucher rhino-pharyngien pour les végétations adénoïdes ou avant de pratiquer le tubage. Dans ces cas, les mains doivent être stériles.

A propos du toucher rhino-pharyngien, l'un de nous a montré (1) quelle était la conduite à tenir. Nous n'y reviendrons pas. Et il a observé un cas où, chez un enfant de cinq ans, un simple toucher du naso-pharynx, fait par un élève de son service et qui avait négligé de stériliser ses mains, fit éclater dès le soir même une otite purulente aiguë, qui dura un mois, au cours de laquelle la trépanation de l'apophyse mastoïde sembla un instant nécessaire : fait d'autant plus remarquable que jamais cet enfant n'avait eu, antérieurement, la moindre complication otique. En somme, il faut alors pratiquer l'asepsie avec la sévérité du chirurgien le plus strict et le plus méticuleux.

b) Désinfection du malade. — De ce côté, il y a bien des réserves à faire, et en tous cas on se heurte à des difficultés nombreuses. L'asepsie s'impose pourtant toutes les fois qu'il y a la moindre intervention à pratiquer. Les difficultés sont multiples, avons-nous dit. Ce n'est pas tout; elles varient encore suivant chaque région.

Pour le conduit, la technique a été bien établie par Zaufal. Voici comment il opère : il savonne le conduit avec un pinceau, il rince ensuite avec de l'alcool absolu, et enfin verse dans l'oreille une solution antiseptique concentrée, du sublimé par exemple à 1/500. L'efficacité de ce procédé est grande; on devra l'utiliser toutes les fois qu'on abordera le tympan (paracentèse).

Et, en effet, si l'oreille moyenne ne contient pas de pus, c'est la faire suppurer sûrement que la mettre en commu-

(1) *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 25 octobre 1893, nº 43.

nication avec un conduit auditif naturellement et constamment infecté ; et si l'épanchement de l'otite est purulent, c'est risquer de faire passer celle-ci à l'état chronique en l'exposant à l'infection secondaire staphylococcique, qui lui viendra de l'oreille externe. D'ailleurs, les instillations répétées de glycérine phéniquée à 1/20 faites dans le conduit quelques jours avant de pratiquer la paracentèse, avant que ne se fasse la perforation spontanée, sont un excellent moyen de réaliser cette asepsie si indispensable du conduit.

Des difficultés encore plus grandes entravent la désinfection du nez et du naso-pharynx. On a l'habitude de prescrire la banale douche de Weber et de s'en contenter. On a même singulièrement abusé de ce procédé, dont la valeur antiseptique est bien sujette à caution.

Deux cas peuvent, en effet, se présenter :

1° Ou bien il s'agit d'opérer, de réséquer une crête de la cloison, dans une fosse nasale dont la muqueuse est saine. Dans ce cas, l'antisepsie préalable du nez est inutile ; il est impossible de rendre le nez plus aseptique qu'il ne l'était normalement. Le nez suffit lui-même à son antisepsie, grâce à son mucus ; en effet, malgré la grande quantité de germes qu'y dépose le courant d'air inspiré, examinée au microscope, une goutte de mucus ne montre qu'un nombre insignifiant de microorganismes, et ensemencés sur de la gélose, ils ne se multiplient presque jamais. On pourrait dire des irrigations nasales pré-opératoires prescrites dans ce cas qu'elles constituent presque un contre-sens, puisqu'elles balaient le mucus et empêchent l'antisepsie naturelle qui se fait dans les fosses nasales.

2° Ou bien on opère dans une fosse nasale pleine de muco-pus. Ici l'irrigation nasale reprend ses droits, mais il ne faut lui demander que ce qu'elle peut donner, à savoir un nettoyage mécanique, mais non une asepsie réelle. Et cette asepsie est irréalisable pour trois raisons. D'abord, parceque le lavage du nez, quelque procédé qu'on emploie, douches, siphons, pulvérisations, n'atteint que la partie supérieure de

la fosse nasale; il ne pénètre ni dans les méats, ni dans la fente olfactive, encore moins, heureusement, dans les canaux, qui, venus de l'œil, de l'oreille ou des sinus, débouchent dans le nez. Ensuite parce que, comme l'a démontré Zarnikow, les solutions ne parviennent pas au contact des microbes que protège la couche de mucus qui les englobe, et par conséquent ne peuvent les détruire. Enfin, parce que, étant donné le temps forcément très court pendant lequel la fosse nasale est baignée par un liquide antiseptique, il faudrait que celui-ci, pour avoir une action sérieuse, fût concentré à un degré tel que la muqueuse ne pourrait le supporter. Bien plus, nous savons, depuis les travaux de Bumm à propos des péritonites septiques, que les solutions antiseptiques fortes ne font, contrairement à ce qu'on en attend, que favoriser l'infection. Car si elles ne séjournent pas assez dans les fosses nasales pour en détruire les microbes, elles ont le temps de provoquer la nécrose de l'épithélium, de favoriser sa chute, d'annihiler ses fonctions biologiques, et d'ouvrir ainsi une porte à l'infection.

Nous ne rejetons cependant pas systématiquement les lavages du nez, mais nous ne leur reconnaissons qu'une valeur antiseptique restreinte. Aux solutions principales employées dans ce but; à l'eau boriquée, dont le pouvoir bactéricide est dans l'espèce égal à zéro; à la solution faible de sublimé à 1/10000, si pénible à tolérer pour la pituitaire; à l'eau phéniquée à 1/200, qui mène assez vite à l'anosmie, nous préférons la solution de phénosalyl à 1/1000; le nez la tolère bien et sa puissance antiseptique est, dans ces conditions, relativement sérieuse. En ajoutant 6 grammes de chlorure de sodium par litre à cette solution :

Phénosalyl..........................	1 gramme.
Chlorure de sodium..............	6 —
Eau bouillie.........................	1 litre.

on prévient l'imbibition et la nécrose consécutive de l'épithélium nasal.

Toutefois, le procédé le moins inefficace pour obtenir une

asepsie relative du nez nous semble être d'y insuffler, plusieurs jours d'avance, des *poudres antiseptiques*, telles que l'aristol et l'iodol ; car celles-ci ont l'avantage de stimuler la sécrétion du mucus et de détruire en partie indirectement les microbes.

Quant à l'effet antiseptique des *pommades*, il nous semble avoir besoin d'être établi sur une démonstration expérimentale sérieuse.

Nous venons de voir les difficultés auxquelles se heurte la méthode quand il s'agit du nez; il en est de même du pharynx. Si nous abordons le larynx, il est facile de comprendre qu'ici toute asepsie est naturellement impraticable.

En résumé, l'asepsie préparatoire des cavités aériennes supérieures est presque impossible en fait, si l'on veut la faire strictement. Heureusement elle est suppléée par les modes de défense naturelle que nous avons esquissés au début de cet article, et peut-être l'avantage des poudres sur les lavages réside-t-il dans ce fait qu'au lieu de balayer le mucus, les poudres augmentent la sécrétion. Il ne faudrait pas, néanmoins, se contenter de cette solution naturelle de la question. Nous devons, au contraire, porter toute notre attention sur les deux points suivants, dont nous avons encore à nous occuper, à savoir : la stérilisation des instruments et des objets de pansements.

c) Stérilisation des instruments. — Suffit-il, comme on le fait dans les cliniques viennoises, d'essuyer sommairement l'instrument qu'on retire du nez et de le plonger dans une solution de sublimé, d'acide phénique, etc. ? A cela nous pouvons déjà répondre : non, hardiment, puisque nous rappelions tout à l'heure les expériences de Martha, qui toutes concluent à l'inefficacité de ce procédé. Si nous prenons l'aureus, le plus résistant de tous les microbes que nous rencontrons habituellement, et si nous le mettons en présence de solutions faibles de créoline, d'acide phénique à 2 °/₀, nous verrons que tous ces antiseptiques courants ont peu d'action sur lui.

On a conseillé le flambage. Ce procédé peut n'être pas mauvais, mais il n'est applicable qu'à un bien petit nombre d'instruments. Les miroirs, les tubes pour les anses de fil d'acier, les cathéters, dont l'intérieur creux échappe à l'action de la flamme, ne peuvent être ainsi désinfectés. Il en est de même pour tous les instruments, et ils sont nombreux, qui ont des surfaces irrégulières. Du reste, Zaufal a observé que pour stériliser un stylet souillé par le pus d'une otite tuberculeuse, il fallait chauffer jusqu'au rouge blanc.

La méthode que nous employons est la suivante; elle est éclectique et varie avec la nature des instruments dont nous nous servons. Ceux-ci sont de deux sortes : 1° instruments métalliques : spéculums, cathéters, pinces, serre-nœuds, etc.; 2° instruments non métalliques : spéculums et cathéters en caoutchouc durci, pinceaux, embouts pour otoscope, pour la poire de Politzer, pour les lance-poudres.

Pour la première catégorie, nous utilisons la stérilisation par *la chaleur*. Pour la seconde, la stérilisation *à froid*. Nous employons enfin un procédé particulier pour les miroirs, les tubes de serre-nœuds électriques, etc. Nous y reviendrons.

1° *Stérilisation des instruments métalliques*. — La première opération est naturellement le brossage et le nettoyage soigneux. Lorsque l'instrument est creux, il faut porter grande attention à son intérieur. C'est ainsi que les cathéters devront être écouvillonnés. Il en est de même des tubes, des serre-nœuds et des pinces tubulaires laryngiennes. Les mêmes précautions préliminaires seront prises avant de faire usage de la scie de Bosworth, ou des trépans, du tour électrique; chaque dent devra être nettoyée. Ceci fait, quel mode de stérilisation devons-nous préférer ?

La stérilisation à l'étuve sèche (étuve de Poupinel, de Mariaud) est excellente lorsqu'il s'agit d'opérer en ville, soit pour enlever des végétations adénoïdes, soit pour pratiquer les trépanations de l'apophyse. Les instruments sont stérilisés dans une boîte de métal, la veille au soir; mais comme il faut une heure pour stériliser par ce moyen,

et ensuite plus d'une demi-heure pour refroidir l'appareil, c'est là un procédé impraticable pour l'usage courant. Pour peu que l'on ait un certain nombre de malades, et l'on sait qu'ils ne manquent pas dans les cliniques, il faudrait avoir une série d'étuves de Poupinel et un nombre incalculable d'instruments. De plus, un grand inconvénient de ce procédé est la *détrempe* : bistouris, aiguilles à paracentèse, à lames si ténues, sont vite détériorés dans l'étuve. Enfin, si le régulateur dont on dispose n'est pas parfait, la température atteint bientôt 200° ; et c'est alors la perte complète de tout un jeu d'instruments.

Dans le but de remédier à la brutalité, si on peut le dire, de la stérilisation par l'étuve; pour rendre en outre plus pratique ce mode de désinfection qui pourra être utilisé dans certains cas, nous avons eu l'idée d'employer des bains de sable. On sait que les chimistes, pour obtenir une température à peu près constante, utilisent dans certains cas le sable de rivière. Nous avons fait de même et nous avons cherché à calculer le temps nécessaire pour obtenir par ce moyen une complète stérilisation. Nous pouvons dire dès aujourd'hui que ce procédé offre quelques avantages dont le principal, nous ne saurions trop le répéter, est la simplicité des moyens. Nous nous proposons d'ailleurs de revenir plus tard sur la question, afin de ne pas trop allonger ce mémoire.

Un deuxième moyen de stérilisation consiste dans l'emploi de la vapeur d'eau, soit, comme le fait Zaufal, avec la vapeur d'eau courante, soit en usant de la vapeur sous pression. Le premier de ces deux moyens est assez rapide : de quinze à vingt minutes suffisent. Ceci est encore trop long. De plus, ce procédé est passible d'un grave reproche : c'est qu'à la suite de la stérilisation, il se dépose une forte couche de rouille sur les instruments, s'ils ne sont pas nickelés. Et même lorsqu'on a affaire à ceux qui sont nickelés, il peut arriver très fréquemment qu'en certains points le nickelage ne soit pas complet; dans ce cas, les instruments sont piquetés de taches de rouille souvent difficiles à enlever.

Quand on se sert de la vapeur sous pression, on emploie l'autoclave, que tout le monde connaît et qui se trouve aujourd'hui dans tous les laboratoires. Ce moyen est sans doute très rapide; toutefois, nous n'apprenons rien à personne en disant que l'autoclave est un appareil complexe, d'un maniement très délicat. Il exige une surveillance de tous les instants, et cela est bien peu compatible avec le brouhaha d'une clinique. Outre les dangers auxquels son usage peut exposer, et qui sont réels, il faut tenir compte de ce fait que la stérilisation peut être illusoire si l'aide auquel incombe la désinfection des instruments n'a pas pris le soin d'expurger d'air tout l'appareil. Enfin, les instruments sortent souvent de l'autoclave tachés par la rouille.

La stérilisation de choix nous paraît être l'eau bouillante. Ce procédé est le plus rapide, le plus commode et, en résumé, le plus parfait en pratique. Pour prévenir la rouille, il suffit d'ajouter à l'eau bouillante un sel alcalin quelconque; celui qui est adopté généralement est le carbonate de soude. Rien dans la pratique ne vaut cette méthode comme simplicité et efficacité. Les avantages de cette solution sont d'empêcher les instruments d'être tachés, et il suffit pour cela de ne les plonger dans la solution qu'au moment où elle entre en ébullition. Mais ce ne sont pas là ses seuls mérites.

Grâce à cette solution de carbonate de soude à 1 °/₀, le point d'ébullition devient plus élevé que celui de l'eau (104°,6 au lieu de 100°). A cette température, au bout de quelques minutes, tous les germes sont détruits, et nous entendons par là ceux dont nous avons seulement à tenir compte. Nous n'avons nullement la prétention d'atteindre ainsi le vibrion septique, le bacille de Nicolaïew, le subtilis, ou encore le bacille de la pomme de terre; mais nous savons que nous n'avons jamais affaire en clinique à cette catégorie de microorganismes. Enfin, le dernier avantage de la solution alcaline que nous employons, avantage très appréciable en l'espèce, c'est qu'elle dissout le mucus qui adhère aux instruments et, par le brassement occasionné par l'ébullition, elle aide au nettoyage mécanique de ces derniers.

D'après Davidsohn et Schummelbusch, le staphylocoque doré serait détruit en deux ou trois secondes, les spores de la bactéridie charbonneuse en deux minutes. Donc, cinq minutes d'ébullition au grand maximum suffisent pour obtenir la stérilisation complète ; deux à trois secondes seulement suffiraient pour un instrument simplement souillé par du pus. Au sortir de la solution, les instruments qui y ont été pris au moyen d'une longue pince seront plongés dans une solution froide qui devra suffire à les maintenir aseptiques. Celle que nous employons est l'eau naphtolée à 1/2000 ou l'eau phéniquée à 1 °/₀. Les instruments ainsi chirurgicalement nettoyés pourront attendre sans crainte de contamination jusqu'au moment où l'on aura à opérer.

Le Prof. Bergmann, qui a souvent préconisé ce mode de stérilisation, a tenu à perfectionner sa méthode dans les plus infimes détails. C'est ainsi qu'il a fait construire chez Lautenschlager (de Berlin) un stérilisateur complet, composé d'une sorte de cuve rectangulaire en cuivre dans laquelle on verse la solution ; un panier en fil de fer sert à recevoir les instruments et à les retirer lorsque la désinfection est obtenue. Pour savoir exactement la quantité de sel à employer, une cuiller en métal accompagne l'appareil en même temps qu'un récipient de forme cylindrique d'une contenance d'un litre environ. Pour chaque mesure d'eau versée dans la cuve, il faut ajouter la cuiller remplie de carbonate de soude. On a ainsi une solution au titre voulu, sans qu'il y ait besoin de procéder à aucune pesée. Enfin, on a calculé également la quantité de temps nécessaire pour la stérilisation, et sur les données obtenues on a construit un sablier en tout semblable à celui dont se servent les cuisinières pour faire cuire les œufs à la coque. Au moment où la stérilisation commence, il suffit à l'aide de retourner le sablier; lorsque le sable a passé du cône supérieur dans le cône inférieur, l'opération est terminée.

Cet appareil est des plus commodes; il permet à un aide même peu intelligent d'opérer avec toute la garantie possible. Chaque temps de la manœuvre ayant été prévu, la

stérilisation se fait en quelque sorte d'elle-même et automatiquement.

Il est bien entendu que les lessives alcalines ne peuvent servir pour la désinfection des instruments d'aluminium, car ceux-ci s'y dissolvent à chaud en dégageant de l'hydrogène. Il y a donc un inconvénient sérieux à utiliser ce métal comme on le fait, soit pour fabriquer les spéculums d'oreille, les manches d'instruments ou les canules à sinus maxillaire.

Le moyen que nous venons d'indiquer peut également servir pour les instruments tranchants, car ils supportent très bien l'ébullition ; malheureusement le brassage mécanique dû à cette ébullition peut émousser leur tranchant. Pour éviter cet ennui on n'a qu'à entourer la lame avec un peu d'ouate hydrophile.

Mais pour les instruments très délicats, tels qu'aiguilles à paracentèse du tympan, etc., on peut faire simplement usage du chloroforme ordinaire. Dans un flacon bouché à l'émeri à large ouverture, on mettra une forte couche d'ouate, bien tassée sur la paroi inférieure du flacon, ou encore une petite rondelle de feutre. On remplira ensuite ce flacon ainsi préparé avec le chloroforme ; on n'oubliera pas, bien entendu, les étiquettes nécessaires et au moment où l'on va pratiquer la paracentèse, dans l'exemple que nous choisissons, on aura soin de plonger la tige de l'aiguille dans ce bain de chloroforme. Lorsque la désinfection du conduit et l'anesthésie par la cocaïne auront été obtenues, on pourra hardiment se servir de l'aiguille : elle est stérilisée. On a conseillé, pour ces petits instruments, l'oxycyanure de mercure à 1/1000, qui a l'avantage de ne pas attaquer le métal ; mais la vertu antiseptique de ce sel est actuellement très discutée et son action très lente. Nous nous en tenons donc au simple chloroforme.

2° *Stérilisation des instruments non métalliques.* — C'est là pour les spécialistes une grosse question. En effet, si l'on a employé un miroir pour examiner un tuberculeux, et si l'instrument n'a pas été rigoureusement aseptisé, on risque

d'inoculer ainsi la tuberculose. J'en dirai autant pour la syphilis à ses premières périodes. Or, presque tous les tuberculeux laryngés, au début particulièrement, ont du mucopus très épais, très adhérent, dans le pharynx; on peut dire que ce sont ces malades surtout qui salissent les miroirs. La stérilisation des miroirs doit être poussée d'autant plus loin que les microbes pénètrent profondément dans l'interstice de leur sertissure et y échappent plus facilement aux actions bactéricides.

Or, les miroirs ordinaires ne supportent pas l'ébullition; au bout de quelques minutes, ils perdent leur brillant et se couvrent d'une multitude de petites taches pointillées; et à la huitième désinfection, et plus tôt s'ils sont mal sertis, ils sont hors d'usage. C'est qu'en effet la couche d'air sise entre la monture et la glace s'étant échauffée à 100°, il se produit un vide à ce niveau au moment du refroidissement; le liquide alcalin y est aspiré et mis en contact avec la face postérieure du tain, qui est ainsi rapidement détérioré.

Cet inconvénient semble devoir être évité avec l'emploi des miroirs démontables, tels ceux de Kilian, de Hopmann. Mais, à l'usage, nous avons bien vite reconnu que ces miroirs étaient peu pratiques; ils sont d'un prix coûteux, d'un maniement délicat et exposent à la chute de la glace dans le larynx. Du reste, ces miroirs mis dans l'eau bouillante se ternissent et se piquent également, un peu moins vite que les autres, voilà tout. Or, on peut poser en règle que tout miroir, démontable ou non, exposé à la chaleur sèche ou humide, est destiné à une détérioration rapide par suite de *l'inégal coefficient de dilatation du tain et du verre* et du décollement inévitable qui en résulte. D'ailleurs, le simple tiédissement nécessité par les examens n'est-il pas la cause ordinaire et principale de l'usure des miroirs ?

Nous avons donc été forcé de recourir à la désinfection des miroirs par les *solutions antiseptiques froides*.

Outre les miroirs dont nous venons de parler, ces solutions serviront pour les objets en ébonite (cathéter, speculum auri), pour les otoscopes, pour les sondes molles de Weber

Liel, et pour les bougies servant au cathétérisme de la trompe. Elles pourront être employées également pour les embouts de verre que nous avons fait construire, soit pour les otoscopes, soit pour la poire de Politzer.

Quel agent antiseptique devra-t-on employer? Nous avons cherché longtemps, car la solution doit remplir plusieurs conditions. D'abord, elle doit être très active, tout en n'attaquant pas le métal. Ensuite, il ne faut pas qu'elle soit caustique, les muqueuses des régions sur lesquelles nous opérons étant très délicates. Enfin, et ceci est un point capital quand on a affaire à des enfants, elle ne doit pas être toxique. Nous avons éliminé l'eau boriquée, qui n'est qu'un trompe-l'œil; de même l'acide phénique, dont la solution à 1/20 est seule efficace, mais elle a l'inconvénient d'avoir une très forte odeur, de brûler violemment les muqueuses, enfin de détériorer les instruments en caoutchouc durci : elle les rend grenus, et les cathéters désinfectés par ce procédé peuvent érailler la pituitaire. Le même reproche s'adresse au lysol et à la créoline. Reste enfin le sublimé, mais il est toxique et attaque le métal des miroirs.

Nous avons fait choix du *phénosalyl*, en solution dans l'eau à 1 °/₀. Cet antiseptique a été découvert et très bien étudié par le Dr de Christmas, de l'Institut Pasteur (1). Nous ne pouvons, on le comprendra, nous étendre longuement sur les recherches entreprises par M. de Christmas; nous nous contenterons de donner la formule du produit, d'après l'auteur, et les résultats qu'il a obtenus. Le recueil dans lequel son travail a paru, outre la notoriété de l'auteur, est une garantie suffisante de la véracité de ses assertions.

La composition du phénosalyl est la suivante :

Acide phénique.........	9 grammes.
Acide salicylique........	1 —
Acide lactique..........	2 —
Menthol................	10 centigrammes.

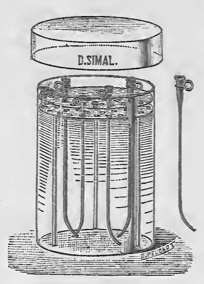
(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, t. VI, 1892, p. 374 : « Sur quelques antiseptiques et leur valeur microbicide. »

Les recherches de l'auteur étaient basées sur cette idée que le pouvoir antiseptique d'un corps est augmenté dans de notables proportions s'il est associé à d'autres corps également antiseptiques. Quoi qu'il en soit, M. de Christmas a observé, au cours de ses expériences, que « la résistance du bacille charbonneux est très faible. Le bacille pyocyanique et le pneumo-bacille le suivent de près. Les bacilles de la fièvre typhoïde et de la diphtérie sont plus résistants, mais meurent dans une solution à 5 °/₀₀. Le staphylocoque doré est le plus résistant, exigeant une solution à 7 °/₀₀. La force antiseptique du phénosalyl se manifeste d'une manière remarquable dans les liquides organiques. Des crachats tuberculeux mélangés avec cinq fois leur volume d'une solution à 2 °/₀ sont stérilisés au bout de quinze minutes et leur inoculation aux cobayes devient inoffensive L'urine et le sang putréfiés sont stérilisés dans les mêmes conditions au bout de cinq minutes » (*loc. cit.*, p 380).

Le passage du mémoire de Christmas que nous venons de reproduire suffira à montrer la puissance du nouvel agent dont nous nous servons. Il a une action bactéricide très grande, il n'est pas toxique et enfin, ce qui n'est pas à dédaigner, son odeur est plutôt agréable. Le phénosalyl bien préparé — et cette préparation exige un certain tour de main — doit se dissoudre en totalité dans l'eau sans laisser nager dans son intérieur de globules d'acide phénique brut. Cette solution a l'avantage de se faire extemporanément à froid, sans nécessiter aucune précaution spéciale.

Puisque tous les pyogènes sont détruits au bout de quelques minutes de contact, et que même les crachats tuberculeux sont stérilisés quand ils sont mêlés à une solution à 2 °/₀, il est clair que le phénosalyl doit suffire à la désinfection des miroirs souillés de muco-pus provenant de tuberculeux. Donc, les embouts, les cathéters, les miroirs seront après usage plongés dans une solution alcaline froide qui dissoudra le mucus. Ils seront ensuite essuyés avec de l'ouate hydrophile aussitôt détruite. On plongera alors les

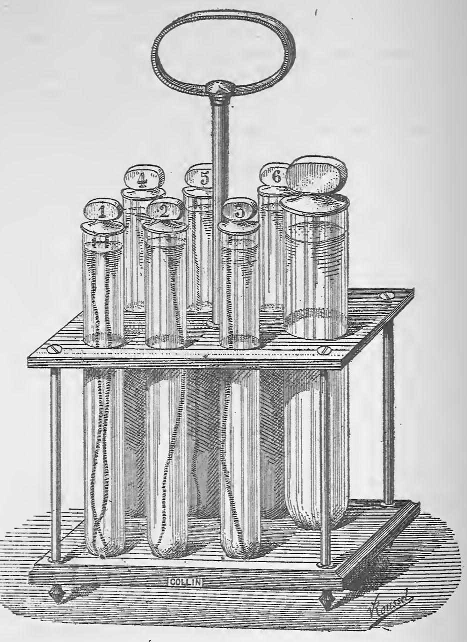
instruments dans un vase contenant une solution de phénosalyl à 1 °/₀. Pour plus de précaution, on pourra les y laisser beaucoup plus longtemps que ne le recommande Christmas. C'est ainsi que nous avons fait séjourner des pinceaux, des cathéters et des miroirs (miroirs de Reiner, qui sont les mieux sertis) plus de quarante-huit heures dans un bain de phénosalyl sans que ces instruments aient souffert en rien de leur immersion. Le seul inconvénient du phénosalyl est



Bocal pour cathéters.

d'attaquer à la longue l'acier : il forme avec lui un salicylate de fer qui émousse les tranchants. Cette solution ne convient donc pas pour refroidir les instruments au sortir de l'eau bouillante. Nous avons vu que l'eau naphtolée ou phéniquée suffisait parfaitement dans ce cas. Mais on pourra se servir du phénosalyl pour stériliser les cautères et les tubes à anse chaude sans crainte que leur monture de cuivre s'y détériore. C'est là une ressource précieuse, car rien n'est plus difficile que de désinfecter la monture des instruments galvanocaustiques, la lame de platine seule étant stérilisée quand on fait passer le courant dans le cautère qui vient de servir, pour carboniser le mucus qui y adhère.

La *désinfection des seringues* et autres instruments

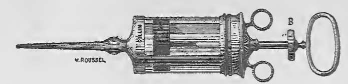


Étagère pour bougies tubaires.

analogues destinés à laver l'oreille, le nez, la gorge, réclame

tantôt la stérilisation à froid, tantôt la stérilisation à chaud, suivant le modèle de l'instrument employé.

On sait à quel point ce problème de l'asepsie des seringues a préoccupé les chirurgiens qui s'occupent des voies urinaires. Nous inspirant de leurs recherches, nous avons fait construire par M. Collin une seringue aseptique dont le piston



Seringue stérilisable pour oreilles.

est en carton d'amiante. Le cylindre dans lequel il se meut est court, mais très large, de manière à ce que la seringue demeure très maniable, tout en contenant une quantité de liquide suffisante pour convenablement laver une oreille. La stérilisation de cet instrument se fait à chaud; elle réclame quelques précautions. La seringue doit être placée dans un bain de solution de carbonate de soude à 1 °/₀ *froid*, après avoir été *exactement remplie* de cette même solution; on porte alors le tout à l'ébullition et on l'y maintient les cinq minutes réglementaires. Si la seringue est stérilisée à vide, ou si encore elle est brusquement plongée dans la solution bouillante, son cylindre de verre se brisera.

Cette stérilisation, assez minutieuse, ne peut, on le conçoit, être répétée à chaque pansement qui nécessite l'emploi de la seringue; le temps n'y suffirait pas. Pour nous en dispenser, nous prenons soin que la seringue ne vienne pas au contact de la cavité infectée, ce qui est facilement réalisable en remplaçant la canule de la seringue par un teton métallique auquel on adapte un embout conique de caoutchouc mou qu'on change à chaque malade et qui a l'avantage d'éviter tout traumatisme. L'injection terminée, l'embout est retiré et mis dans la solution de phénosalyl. De son côté, la seringue est placée dans un bocal d'eau naphtolée, où elle se

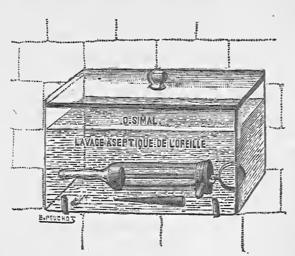
maintient aseptique. Il suffira de la stériliser à chaque consultation. De plus, cette immersion continue assure l'exacte



Embouts pour injection d'oreille.

étanchéité du piston d'amiante, dont la dessiccation est l'un des plus sérieux inconvénients des seringues aseptiques.

Pour les lavages du nez, nous avons fait construire un

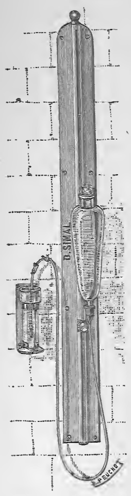


Dispositif pour lavage aseptique de l'oreille.

appareil que nous croyons répondre à toutes les exigences d'une bonne asepsie.

Cet appareil se compose d'un cylindre de cristal terminé

à sa partie supérieure par une tubulure que clôt un tampon d'ouate; à sa partie inférieure, également effilée, s'adapte un tube en caoutchouc sur l'extrémité libre duquel se fixe une canule nasale en verre. Celle-ci plonge continuellement dans une solution antiseptique de phénosalyl à 2 °/₀. L'appareil est fixé au moyen de tenons sur un tube métallique muni d'une rainure permettant ainsi le libre jeu du laveur que l'on peut descendre ou monter à la hauteur voulue et fixer solidement à l'aide d'une vis de pression.



Appareil pour lavage aseptique du nez.

d) Stérilisation des objets de pansement. — 1° *Stérilisation de l'eau.* — Il ne suffit pas d'avoir des instruments d'une stérilisation facile, il faut encore pouvoir disposer à chaque instant d'eau aseptique. Le procédé le plus pratique pour obtenir la stérilisation de l'eau est l'ébullition. On trouvera dans le livre de Schwartz (p. 17) tous les renseignements nécessaires et l'on comprendra qu'il nous soit impossible de nous y arrêter. On devra donc se munir d'eau bouillie, et bouillie pendant vingt minutes. Ce laps de temps est-il suffisant, puisque l'on recommande partout de faire deux ébullitions successives de vingt minutes chacune (procédé de Tyndall, stérilisation discontinue)? Nous le pensons, au moins pour la pratique courante. Notre excellent maître et ami M. Miquel, qui fait autorité dans la question de la recherche des germes de l'eau, a bien voulu, sur notre demande, calculer le nombre de microbes contenus dans l'eau stérilisée par l'appareil que nous avons fait construire pour notre clinique; voici les résultats qu'il nous a communiqués :

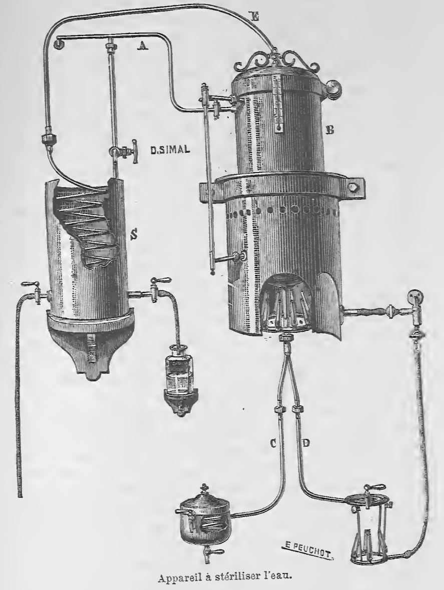
L'échantillon envoyé renferme en moyenne 12 bactéries

par centimètre cube, soit environ cent fois moins que l'eau-vanne. La stérilisation de l'eau n'est donc pas absolument complète. A la suite de cet essai, nous avons dû revenir à la pratique indiquée partout, et c'est deux ébullitions successives de vingt minutes chacune que nous employons aujourd'hui.

Un appareil pratique pour la stérilisation de l'eau devait remplir les conditions suivantes : d'abord, présenter une capacité suffisante pour subvenir aux besoins usuels; ensuite, être protégé contre l'envahissement des germes extérieurs; enfin, condition essentielle, être d'un maniement facile et fournir l'eau stérile froide ou chaude à volonté et, dans ce dernier cas, sans qu'il fût besoin d'élever la température de toute la masse d'eau du récipient.

L'appareil que nous avons fait construire se compose essentiellement d'un cylindre de métal nickelé, d'une contenance de 40 litres environ. Ce cylindre, qui est fixé au mur, est entouré dans sa moitié inférieure d'un autre cylindre en tôle vernie destiné à empêcher la déperdition de la chaleur. Celle-ci est obtenue au moyen d'une couronne de becs de Bunsen disposés de telle sorte que la flamme vienne se répartir exactement sur toute la paroi inférieure de la chaudière. Le récipient est fermé, à sa partie supérieure, par un couvercle qui se fixé sur lui à l'aide d'une fermeture en baïonnette. Ce couvercle est en outre percé de deux orifices, l'un servant au dégagement de la vapeur qui va se condenser dans un serpentin plongé lui-même dans une cuve métallique à travers laquelle passe un courant d'eau froide. Grâce à cette disposition, la vapeur est utilisée pour donner de l'eau distillée stérile. Un deuxième orifice percé dans le couvercle empêche la pression de s'élever dans la chaudière en assurant la libre communication avec l'air. Cet orifice est, bien entendu, fermé lui-même par un tampon d'ouate. Enfin, sur les côtés de la chaudière, se trouve un niveau renseignant sur la quantité d'eau dont on peut disposer. Pour assurer sans aucune manipulation le débit de la chaudière, la paroi de celle-ci est perforée à son centre d'un tube qui se bifurque en D; l'une des branches s'enroule et

forme un serpentin au dessus duquel sont placés des becs de Bunsen en C. L'autre branche forme également serpentin, mais cette fois celui-ci plonge dans une boîte métallique qui



Appareil à stériliser l'eau.

peut être remplie d'eau froide ou d'un mélange réfrigérant.

Nous n'insistons pas sur la facilité qu'on a d'obtenir instantanément de l'eau aseptique chaude, grâce au serpentin

placé au dessus de la flamme de Bunsen. Qu'il nous suffise de dire qu'on obtient ainsi de l'eau aseptique dont la température peut atteindre près de 80°.

La chaudière peut être remplie soit en enlevant le couvercle, soit au moyen d'un tube A communiquant avec la prise d'eau de la ville.

2° *Stérilisation des cotons.* — Il nous reste maintenant à nous occuper de la stérilisation des cotons.

Pour le nez ou les oreilles, on est généralement appelé, soit au cours d'une intervention, soit consécutivement, à se servir de tampons d'ouate hydrophile. Comment la stériliser ? Nous faisons rouler par un aide de petits tampons en forme de poire. Ces tampons, placés dans un flacon à large ouverture fermée à l'émeri, sont portés soit dans l'étuve à vapeur circulante Lautenschlager, qui a l'avantage de ne pas exiger une trop grande surveillance, soit plus simplement dans un bain de sable. Quand la stérilisation est obtenue, il suffit de conserver les flacons soigneusement bouchés ; bien entendu, on ne doit retirer les tampons du flacon qu'avec des pinces dûment stérilisées. Mais il est des cas où l'on est obligé d'employer des tampons montés sur tige. Habituellement, on se sert d'un stylet sur lequel on enroule l'ouate avec les doigts plus ou moins propres. Pour remédier à cet inconvénient, nous avons imaginé d'utiliser les propriétés ignifuges de l'acide borique. On sature de l'alcool à 90 degrés avec de l'acide borique. Lorsqu'on veut faire usage d'un tampon, on le plonge dans l'alcool ainsi préparé et on le flambe. Au moment où l'ouate commence à se carboniser, elle est stérilisée. Nous avons publié les résultats que nous avons obtenus par ce procédé. On les trouvera tout au long dans un mémoire qui a paru dans les *Annales des Maladies de l'oreille*, janvier 1895, et dans un article de la *Presse médicale*. Nous ne nous y arrêtons donc pas plus longtemps. Nous devons enfin parler de la façon de préparer les solutions aseptiques de cocaïne. Pour les obtenir, nous faisons simplement dissoudre la cocaïne, au moment où nous allons en faire usage, dans une solution d'acide phénique à 1/200. Nous mesurons la cocaïne à l'aide

de petites cuillers qui en contiennent exactement cinq centigrammes ; de sorte qu'il suffit d'ajouter à cette quantité 5, 10 ou 20 gouttes de liquide pour obtenir extemporanément une solution à 1/5, 1/10 ou 1/20.

Tout cela peut paraître compliqué, et, en effet, nous avouerons que notre asepsie est délicate aussi bien que l'asepsie chirurgicale; mais elle s'impose comme cette dernière, et il ne viendra jamais à un chirurgien l'idée de trouver que les précautions qu'il prend sont ennuyeuses. La garantie que lui offre l'antisepsie, la certitude qu'il a, grâce à elle, de mener à bien ses opérations, compensent largement l'inconvénient de détails un peu minutieux, mais auxquels, nous le savons par expérience, on est vite habitué.

Rien ne justifie mieux la nécessité des précautions aseptiques que nous nous sommes astreint à prendre que les résultats de la statistique des interventions faites à notre clinique pendant les quinze premiers mois de son fonctionnement.

Nous avons pendant cette période, depuis le 1er janvier 1894, pratiqué 257 opérations. Nous n'avons pas cru devoir dans ce court résumé noter les différentes séances qui ont pu avoir lieu pour la même intervention. Par exemple, pour l'ablation de polypes du nez et le curettage du méat moyen, nous n'avons compté qu'une seule opération, alors qu'il y a eu souvent quatre ou cinq séances et plus. Il en est de même pour le morcellement des amygdales, qui ne peut être effectué en un seul temps lorsque la tonsille est volumineuse. Quoi qu'il en soit, voici, très sommairement indiqué, comment se compose notre statistique. Nous avons, à la suite de chaque paragraphe, fait suivre les remarques inscrites sur l'observation du malade quand la chose en valait la peine.

OREILLES (51 interventions.)	Paracentèse du tympan. Ablation de polypes. Curettage. Mobilisation de l'étrier. Incision de furoncles du conduit, etc.

A noter : n° 431. — Paracentèse du tympan pratiquée le 31 mai. Le 4 juin, oreille un peu douloureuse, pas de suppuration, mais réaction assez vive du côté de la membrane. Hyperesthésie très notable; il y a seulement un peu de rougeur du marteau et au niveau des lèvres de la plaie. — 14 juin : la malade a pratiqué ses pansements elle-même, depuis cinq jours; un peu de suppuration.

N° 88. — Guérison rapide à la suite du curettage d'une otorrhée datant de plusieurs années, mais très aggravée depuis six mois.

N° 81. — Mastoïdite aiguë guérie par les lavages de la trompe.

N° 536. — Dissection d'un lambeau triangulaire, mobilisation de l'étrier, vertige consécutif; pas de fièvre, pas de suppuration.

NEZ (57 interventions.)
- Décortication du cornet (procédé de Zaufal).
- Ablation de queues de cornets.
- Ablation de polypes muqueux.
- Résection d'éperons et crêtes.
- Curettage pour bacillose du nez.
- Résection sous-périostée du cartilage de la cloison.

N° 245. — Curettage du cornet moyen, pratiqué le 11 juin. Le 18 juin, on note : le tamponnement fait mercredi est tombé, et dans la nuit dernière, la malade, sans avoir de frissons, a été prise de douleurs vives dans le haut du nez à droite, dans la joue correspondante et dans l'oreille. — Examen : oreille, rien; nez, plaie en très bon état; ganglion carotidien droit. En somme, rien de sérieux.

N° 391. — Sinusite frontale; polype du méat moyen. Curettage. La malade s'est absentée de la clinique à la suite de l'intervention; elle a été pansée par une personne peu soigneuse. Elle est revenue ayant de la fièvre, de l'érysipèle au début. Grands lavages au phénosalyl. Antisepsie rigoureuse des téguments. Un aide a visité la malade dès le surlendemain; les accidents inflammatoires s'étaient amendés pour disparaître bientôt complètement.

PHARYNX (129 interventions.)
- Végétations adénoïdes.
- Trépanation du sinus maxillaire.
- Amygdalotomie.
- Ablation des amygdales à l'anse galvanique.
- Morcellement des amygdales et discission.
- Ouverture d'abcès de l'amygdale.
- Résection de la luette.
- Curettage et discission de l'amygdale pharyngée.

N° 368. — Amygdalotomie double. Opération le 19 avril. On observe un peu de muco-pus dans le pharynx. — 2 mai : gargarismes. Le 5 mai, tout allait bien.

N° 45. — Ablation de végétations adénoïdes. Un peu d'adénopathie cervicale douloureuse après l'opération.

N° 916. — Ablation de végétations adénoïdes. Otalgie le soir de l'opération.

N° 517. — Ablation de végétations adénoïdes. Opération le 6 juillet. Fièvre assez forte deux jours après. Il s'agissait d'un début de rougeole.

N° 546. — Ablation des deux amygdales à l'anse chaude. Opération le 6 octobre. Le 12, on note : la plaie amygdalienne suppure beaucoup. Ganglions douloureux. La malade n'a pris aucun soin, est sortie, n'a fait aucun gargarisme.

LARYNX (18 interventions.)	Ablation de polypes et papillomes. Curettage pour tuberculose et aryténoïdectomie. Ablation de nodules des chanteurs. Curettage pour pachydermie, etc.

Rien à noter.

Nous ferons remarquer que nous n'avons pas cru devoir enregistrer ici les interventions pratiquées sur des malades de la clinique, mais au dehors. Par exemple la trépanation de l'apophyse mastoïde, l'évidement du rocher, opérations trop complexes pour être effectuées dans une clinique dépourvue de lits, ont été pratiqués par nous dans divers services hospitaliers. Comme il s'agit ici de méthodes et de pansements qui ne sont pas spéciaux à notre clinique, nous n'avons rien mentionné sur ce sujet.

Ces résultats sont d'autant plus significatifs que, sauf pendant quelques jours du dur hiver de 1895, nous avons opéré nos malades même par les froids les plus vifs, les renvoyant ensuite chez eux immédiatement après l'opération. Beaucoup d'entre eux, malgré nos recommandations, reprenaient leur travail le jour même. Or, jamais nous n'avons observé un seul accident d'infection sérieux, bien que ce soit encore une notion classique en chirurgie

générale que le froid, impressionnant les sujets ayant subi une opération même ancienne dans le nez, à la face, provoque souvent l'éclosion d'un érysipèle.

Toutes les otites aiguës que nous avons eu à soigner ont guéri, sans qu'aucune d'elles passât à la *chronicité*, ce que nous attribuons à l'asepsie minutieuse du conduit et surtout des matériaux employés au pansement. Aucune de ces otites, sauf deux, ne nécessita l'ouverture de l'apophyse mastoïde, bien que plus d'une fois les malades vinssent nous trouver avec tous les signes d'une mastoïdite arrivée à ce point qu'un chirurgien y eût vu une indication à trépanation immédiate. Certes ces malades, trépanés, eussent guéri, mais on n'eût pas manqué de déclarer qu'ils étaient guéris grâce à l'intervention, alors qu'il eût été plus juste de dire : *malgré l'intervention*, à en juger par la rapidité avec laquelle les symptômes menaçants cédèrent à l'application d'une asepsie et d'une antisepsie rationnelles. Non pas que nous niions l'utilité d'une trépanation précoce; loin de là. Mais sur un total de quarante otites aiguës purulentes que nous avions soignées dès le début, nous n'avons été appelé que deux fois à la faire : chez deux malades, qui, se croyant guéris, cessèrent prématurément tout traitement et nous revinrent, l'un au bout de quinze jours, l'autre au bout de trente jours, avec des symptômes mastoïdiens réclamant une intervention immédiate. Leur imprudence dégage complètement ici la responsabilité de nos méthodes.

Nous attirerons tout particulièrement l'attention sur trois cas d'otite aiguë purulente que nous avons traitée sans employer aucun antiseptique; l'asepsie seule, sans doute aidée par les propriétés bactéricides du mucus, suffit à amener une guérison rapide. Dans un cas, il s'agissait d'une otite avec mastoïdite avérée. Comme le malade, pusillanime, se refusait à une trépanation que nous jugions des plus urgentes, nous dûmes nous contenter de laver l'oreille par la trompe. Chaque jour nous faisions passer un demi-litre d'eau aseptique à travers la caisse. Dans l'intervalle, de

l'ouate stérilisée était maintenue dans l'oreille, plus quelques compresses froides sur l'apophyse. Dès le premier lavage, le malade fut débarrassé de la douleur gravative qu'il éprouvait dans toute la tête. Au bout de quelques jours, la température, qui était de 39°,5 le soir où nous fûmes appelé à intervenir, tomba à la normale. Au bout de quelques semaines, la guérison était complète, l'audition revenue. Certes, nous ne prétendons pas guérir toutes les mastoïdites par les lavages aseptiques; nous ne saurions nous empêcher cependant de faire remarquer que, dans ce cas, nous avons guéri en quelques jours le malade qui semblait fatalement voué à l'ouverture de l'apophyse.

Nous ne voulons pas, Messieurs, abuser davantage de votre attention. Nous ne saurions pourtant finir sans signaler les heureux résultats que donne l'asepsie appliquée à l'opération des végétations adénoïdes. Peu à peu nous avons été amené à restreindre les pansements antiseptiques pré et post-opératoires; nous les réduisons maintenant à quelques insufflations nasales de poudre d'aristol, auxquelles pour un peu nous renoncerions, ayant remarqué que les enfants dont les parents négligeaient de les pratiquer guérissaient aussi rapidement que ceux chez qui elles étaient soigneusement exécutées. Nous opérons les enfants dans une séance, à jeun, dans la narcose ou plutôt l'apsychie brométhylique, telle qu'elle a été décrite dans la thèse de notre élève Texier; avec le couteau de Schmidt, nous faisons un curettage énergique et soigneux du cavum, les instruments ayant été, bien entendu, scrupuleusement aseptisés, et c'est tout. Pas de douches d'air pour arrêter l'hémorragie, que nous laissons se terminer spontanément. Pas de doigt porté dans le cavum pour voir si l'opération a été complète, manœuvre que nous considérons comme très dangereuse, car le doigt va faire une inoculation massive de germes sur une large surface absorbante; et consécutivement jamais de lavages du nez, qui provoquent des hémorragies secondaires et favorisent les complications auriculaires. En agissant ainsi, avec beaucoup d'asepsie pendant l'opération, peu ou pas

d'antisepsie après, nous avons pratiqué 49 ablations de végétations adénoïdes sans observer aucune complication consécutive sérieuse (sauf un cas de tuberculose pulmonaire, communiqué par l'un de nous à la Société médicale des Hôpitaux, en juillet 1894). Pas une seule fois nous n'avons noté d'otite suppurée, résultat que nous attribuons d'une part à l'asepsie intrumentale, d'autre part à l'absence de toucher digital et de lavages post-opératoires. Or, à ne lire que la littérature étrangère spéciale, nous voyons que plus d'une fois les ablations de végétations adénoïdes sont compliquées de suppurations otitiques dont quelques-unes nécessitent la trépanation mastoïdienne. Or, franchement, nous le demandons, peut-on tenir pour quantité négligeable une complication post-opératoire telle que l'otite suppurée qui menace d'aboutir à ces accidents mastoïdiens justement reconnus pour graves, et qui plus d'une fois réalise ses menaces ? Et n'est-ce pas un des bienfaits de l'asepsie de nous mettre sûrement à l'abri de pareils accidents ?

Il est vrai que nous n'avons pu entretenir la virginité de notre statistique qu'en prenant soin de ne jamais opérer les enfants présentant du muco-pus dans le nez et le naso-pharynx et de toujours éteindre cette poussée d'adénoïdite avant de porter un instrument tranchant dans le cavum. Mais, en agissant ainsi, nous n'avons fait que rester fidèle à notre méthode générale.

N'était-ce pas là répondre à une indication majeure de l'asepsie, qui nous enseigne que la crainte du pus est le commencement de la sagesse ?

DISCUSSION

M. Vacher. — Depuis longtemps, les solutions de carbonate de soude et de chloroforme sont employées pour la désinfection des instruments. J'appelle l'attention sur le cyanure de mercure, qui a la propriété de ne pas détériorer les instruments lorsqu'il est utilisé en solution dans l'eau bouillie. Les instruments sont surtout attaqués par l'oxygène de l'eau, que chasse l'ébullition.

M. Raugé. — Quelle est l'opinion de M. Helme au sujet des pansements post-opératoires dans les opérations intra-nasales?

M. Helme. — M. Raugé fait allusion au grand débat qui s'est élevé entre les spécialistes américains, les uns tenant pour le tamponnement rigoureux, les autres estimant qu'on doit laisser la plaie sans tampon. Les partisans de ce dernier système veulent éviter, disent-ils, les phénomènes de rétention. Nous sommes partisans de l'obturation au moins pendant les trois ou quatre premiers jours. Quand on pratique la trépanation de l'apophyse mastoïde, on ne craint pas de mettre un tampon malgré les conséquences redoutables que pourrait avoir ici la rétention; et l'on a raison de ne pas craindre: le tamponnement tel qu'il doit être pratiqué assure le drainage, loin d'empêcher l'écoulement du pus.

UN LIPOME DE L'AMYGDALE

Par le Dr **ONODI** (de Budapest).

On sait que la tonsille est très souvent le siège de néoplasmes malins et que les tumeurs bénignes sont rares. On a observé sur les amygdales des polypes, des fibromes, des papillomes, des kystes, des angiomes. Jusqu'à présent on n'a pas signalé de lipomes. En voici un cas :

La mère du petit malade a constaté, il y a un an, qu'il se développait une petite tumeur sur l'amygdale gauche. Depuis cette époque la tumeur n'a fait qu'augmenter; elle est devenue dans ce laps de temps deux fois plus grosse. Ce néoplasme est jaune pâle, long d'un centimètre, large d'un demi-centimètre, pédiculé. J'en ai fait la section avec un polypotome. La tumeur polypeuse fut examinée au microscope par M. le Dr Charles Munnich, assistant de l'Institut pathologique. L'examen a montré que toute la masse du néoplasme est constituée par de la graisse et qu'il s'agit bien d'un lipome.

UN CAS D'OTORRAGIE DOUBLE AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par MM. **DAUNIC** (de Toulouse) et **MOLINIÉ** (de Marseille).

On connaît la fréquence des hémorragies au cours de la fièvre typhoïde, surtout dans la forme purement hémorragique de cette affection : les épistaxis du début, l'hémorragie intestinale, les métrorragies, les suffusions sanguines des muqueuses ou de la surface cutanée, sont bien étudiées et d'observation courante.

Il n'en est pas de même pour les hémorragies auriculaires, qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement et qui n'ont pas été signalées. Ces raisons suffisent à justifier la publication de l'observation suivante :

Observation. — Jeanne X..., âgée de six ans, d'une constitution délicate; la fillette est grande pour son âge, mais pâle, chétive et nerveuse. Depuis quelques jours, elle accusait des douleurs de tête, de l'inappétence et une fatigue extrême; en outre, elle saigne du nez à plusieurs reprises.

Le 12 avril 1892, elle ressent des douleurs abdominales, la céphalalgie devient vive et persistante, la fièvre s'allume atteignant 39°.

Le 13, une diarrhée abondante survient, le ventre est ballonné, gargouille à la pression; l'enfant est abattue, presque dans la prostration; la fièvre atteint 40°.

Le 14, des taches rosées apparaissent sur l'abdomen au nombre de cinq ou six, et doivent persister pendant quatre jours. La percussion de la rate indique un volume considérable de cet organe; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression et fait entendre un gargouillement.

Le diagnostic de dothiénentérie s'impose et nous instituons un traitement approprié, consistant surtout dans l'emploi des antiseptiques intestinaux.

Nous n'insisterons pas en détail sur l'évolution de la fièvre typhoïde, nous réservant de décrire surtout les phénomènes particuliers qui font l'objet et l'intérêt de notre observation.

Le 19 avril, c'est-à-dire sept jours après le début de l'affection, notre petite malade tombe de son lit et se contusionne légèrement la face au niveau de la pommette gauche. On ne trouve pas néanmoins

'attrition des tissus; l'ecchymose à peine visible disparaît dès le lendemain grâce à l'application de compresses résolutives.

Le 20, dans la soirée, nous voyons survenir une hémorragie de l'oreille gauche et nous essayons d'établir une relation directe avec le traumatisme de la veille. Le sang qui s'écoule est peu abondant; il est pur et d'un rouge vif. La petite malade se plaint vivement de la tête, son abattement est extrême. Elle ne répond pas à nos questions pour l'épreuve de la montre et paraît atteinte de surdité.

Le 21, une nouvelle hémorragie se produit dans l'oreille droite; le sang est également pur et rutilant.

L'examen des oreilles est pratiqué après un lavage des conduits à l'eau bouillie. Elles présentent un aspect analogue des deux côtés. Le fond du conduit au voisinage du tympan est tapissé de sang coagulé. On ne distingue aucun détail du tympan, ni manche du marteau, ni triangle lumineux; il présente une teinte rouge violacé, avec petites taches sombres à la partie postéro-inférieure. Ces taches sont probablement dues à de petits caillots de sang adhérents et en imposent pour une perforation, faisant penser que le sang vient de la caisse et fait irruption à travers la membrane tympanique après l'avoir perforée. Il est cependant impossible de se prononcer définitivement, l'examen étant très douloureux et la fillette très abattue. A ce moment, surdité complète des deux côtés.

Le 22, examen de la malade avec M. le Dr Ch. Morel, médecin des Hôpitaux, qui est surpris par cet écoulement sanguin et présage l'évacuation prochaine d'une collection purulente. Il est frappé néanmoins de la pureté du sang et de la quantité de ce liquide qui s'est écoulée.

Le 23, après un lavage à l'eau bouillie du conduit auditif externe, nous recueillons une goutte de sang qui suinte constamment; l'examen au microscope et un ensemencement sur gélose ne nous ont montré aucune espèce microbienne, et l'idée d'une otite suppurée est par là même repoussée.

Le 24, même état; la fièvre est à 40°, l'écoulement sanguin continue, la surdité est complète.

Dans la soirée, l'oreille gauche cesse de couler.

Le 25, la malade est prostrée, sans la moindre force, pousse des cris de douleur causés par la céphalalgie, qui est toujours violente.

Le 26, mauvaise journée; douleurs lancinantes dans l'oreille droite.

A ce moment survient une hémorragie nasale assez abondante. Nous prescrivons des lavages du nez et de l'eau de Rabel en potion.

Le 27, la malade vomit constamment, mais l'hémorragie nasale et l'otorragie ont complètement disparu.

Le 28, meilleur état général; la maladie évolue vers la guérison.

Le 4 mai, l'amélioration est complète; l'enfant a recouvré l'ouïe en grande partie, surtout du côté gauche, le premier atteint.

Le 6 mai, nous ouvrons un petit abcès du volume d'une noisette, placé sur la nuque; il ne contient que des staphylocoques et n'a aucune relation avec l'otorragie.

Le 7, la malade a pu prendre un œuf et sent renaître ses forces. Nous pratiquons de nouveau l'examen de l'oreille après un lavage soigneux des conduits auditifs externes.

Le tympan se présente avec son aspect normal, il est lisse et brillant, et l'examen le plus minutieux ne permet pas d'apercevoir la moindre trace de rupture ou de cicatrice du tympan d'aucun côté. La *restitution ad integrum* n'eût pu se produire dans un délai si bref et sans laisser de traces, s'il se fût agi d'une perforation du tympan; la provenance de l'hémorragie n'était donc pas l'oreille moyenne, mais bien la face externe du tympan.

Peu après, l'ouïe est recouvrée dans toute son intégrité et la malade entre en pleine convalescence.

Nous résumerons notre observation en ces quelques mots : Enfant atteint de fièvre typhoïde à tendance hémorragique (les épistaxis du 22e jour en sont la preuve), ayant présenté au 7e jour de la maladie une otorragie double sans cause appréciable, car le traumatisme signalé nous paraît insignifiant; cette hémorragie dure huit jours et ne s'accompagne ni de rupture du tympan ni de suppuration de la caisse; elle consiste en une suffusion sanguine des vaisseaux de la face externe du tympan.

On a signalé les hémorragies spontanées indépendamment de tout traumatisme dans des affections diverses. Dans un cas d'absence des règles, il survint une hémorragie complémentaire de l'oreille (Petitjean). Chez un malade atteint de cirrhose hypertrophique, il se produisit une hémorragie auriculaire (Leudet). Luc a bien étudié les hémorragies névropathiques de l'oreille sans perforation du tympan. Enfin, dans la grippe, on a décrit plusieurs variétés d'otorragies (Schmidt, Delstanche, Herck). Tantôt l'hémorragie n'est que le prélude de la perforation du tympan pendant le développement de l'otite moyenne aiguë; mais

d'autres fois il existe une simple myringorragie qui ne laisse pas de perforation après elle.

C'est dans cette dernière catégorie de faits que doit être rangée notre observation. Nous devons toutefois ajouter qu'elle s'en distingue par la quantité et les caractères du sang épanché. Tandis que dans les otorragies grippales décrites par Herck, le sang était peu abondant, coagulé et de couleur noirâtre, il était au contraire rouge rubis écarlate et suintant, et d'abondance assez considérable, dans notre cas.

Nous ne voulons pas entreprendre de rechercher la pathogénie de ce fait : elle doit être la même que celle des hémorragies nasales, utérines, intestinales et muqueuses observées dans la fièvre typhoïde, et sur laquelle l'accord n'est pas encore fait; mais nous devons dire que les raisons de cette localisation exceptionnelle aux deux tympans nous échappent totalement.

Pour les découvrir, il faut attendre que de plus nombreuses observations permettent de formuler les hypothèses basées sur de sérieuses données étiologiques.

DISCUSSION

M. Gellé. — Je peux rappeler à ce sujet le fait d'un malade qui perdait du sang en grande abondance par l'oreille, par le nez et par la bouche. Or, le sang provenait uniquement de l'oreille moyenne; à travers une perforation du tympan, il s'écoulait par le conduit ; de l'autre côté, il se déversait par la trompe dans le nez et la bouche.

PÉRICHONDRITE LARYNGO-TRACHÉALE AVEC ABCÈS

Par le Dr E. J. MOURE, chargé de cours à la Faculté de Bordeaux.

L'influenza peut être à juste titre considérée comme un véritable Protée dont les formes varient à l'infini. Tous les organes peuvent, même à la suite d'une atteinte bénigne, être atteints de complications souvent graves, mortelles

même. Pour ne parler que de celles qui concernent notre spécialité, je rappellerai les otites infectieuses, avec complications rapides du côté des sinus craniens ou des méninges, les mastoïdites primitives.

Tout le monde sait aujourd'hui que le larynx n'est point épargné. Déjà en 1890, j'ai décrit (1) les paralysies, spasmes, les ulcérations et les poussées d'œdème aigu que l'on a quelquefois rencontrés comme complications de cette infection si particulière. Les cas de ce genre sont nombreux dans la science et chacun de nous a pu en rencontrer un ou plusieurs exemples soit pendant l'épidémie de 1889, soit pendant celle qui a sévi cet hiver. Mais il peut survenir une détermination beaucoup plus grave et beaucoup plus profonde de ce processus infectieux, puisque chez une malade il a pu produire une complication fréquente dans la fièvre typhoïde, une véritable périchondrite laryngo-trachéale.

C'est, croyons-nous, un exemple à peu près unique dans la littérature médicale; aussi devons-nous remercier M. le Prof. Vergely qui a bien voulu nous montrer cette malade, et nous rédiger lui-même l'observation suivante à laquelle nous n'avons rien à ajouter. Elle est assez typique pour se passer de commentaires.

Abcès de la trachée d'origine grippale (Communiqué par le Prof. Vergely, de Bordeaux). — Mme X..., âgée de vingt ans, d'une haute taille, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais été malade; à peine quelques petits rhumes; n'a pas eu de laryngite ni d'aphonie. Elle est actuellement enceinte de trois mois, grossesse qui a amené quelques légers vomissements le matin, mais aucun retentissement de l'état gravide sur le larynx.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. La mère a eu une légère coxalgie dans l'enfance; elle est actuellement très bien portante, comme le frère et la sœur de la malade.

Le 20 décembre 1894, au milieu d'un état de santé très bon, troublé seulement par des vomissements gravidiques, elle est prise brusquement de fièvre, de courbature générale, de toux et de coryza.

(1) *Leçons sur les Maladies du larynx.* Paris, O. Doin, édit., p. 576 et suiv.

Je ne trouve, en dehors de la fièvre (pouls à 110, température sous l'aisselle, 39° le matin, 40° le soir), qu'un peu de rougeur du pharynx. Les phénomènes de la grippe se déroulent : fièvre, accablement, courbature notable, toux incessante, sèche, rebelle à des préparations opiacées, douleur occupant le flanc droit, superficielle, exaspérée par la contraction musculaire, inappétence, insomnie.

Le 24, les phénomènes s'amendent sous l'influence de l'antipyrine et du sulfate de quinine : les douleurs de courbature ont disparu, la toux est beaucoup moindre; la malade s'est levée une ou deux heures.

Le 25, dans la matinée, l'amélioration s'est accentuée : elle s'est levée; mais le soir, à quatre heures, elle est prise d'une vive douleur à la partie latérale gauche du cou. Cette douleur s'irradie vers la branche gauche du maxillaire inférieur, très rapidement; chaque mouvement de déglutition exagère cette douleur : une gorgée d'eau, un petit bol alimentaire, qui font exécuter quelques mouvements au larynx, ramènent la douleur. Dans le repos absolu, cette douleur se fait sentir, mais elle est bien moins forte.

Extérieurement, pas de ganglions tuméfiés; mais à l'extrémité externe de la branche gauche de l'os hyoïde, un point douloureux de l'étendue d'une pièce d'un franc. La plus légère pression y réveille une vive sensibilité; la voix est absolument normale.

L'examen du pharynx ne montre pas une rougeur plus accentuée. J'introduis le doigt jusqu'à l'épiglotte sans trouver aucun obstacle, aucune tuméfaction, sans provoquer d'autre effet qu'une légère vomiturition, mais la pression du doigt sur la partie latérale gauche de l'épiglotte amène une douleur semblable à celle de la pression extérieure. Embrocations d'huile camphrée chloroformée belladonée, cataplasmes, inhalations de vapeur d'eau chaude.

Les jours suivants, la fièvre persiste, la douleur extérieure devient plus accentuée, elle s'élargit, occupe toute la partie latérale gauche du larynx et marche vers la droite; le cou a augmenté un peu de volume. La déglutition est très pénible, la malade s'alimente mal; la voix a pris un timbre voilé, étranglé, la température sous l'aisselle ne dépasse pas 39° le soir, 38°,2 le matin ; le pouls 100 à 110 pulsations. Elle ne quitte pas le lit, elle a maigri par défaut d'alimentation, par l'impossibilité de dormir.

Les phénomènes s'accentuent et deviennent inquiétants. Le 4 janvier, la malade a beaucoup souffert; malgré trois grammes de sulfonal, elle n'a pu dormir un instant ; elle est pâle, affaiblie, abattue.

La peau est très chaude, le pouls à 110.

Toute la région laryngienne est gonflée, très douloureuse. A la palpation, le volume du larynx paraît presque doublé. Toute cette région est sensible. On ne peut lui imprimer le plus léger mouvement sans augmenter cette douleur qui, à l'état de repos, affecte la forme d'élancements qui s'irradient vers les deux branches du maxillaire inférieur et vers les oreilles. La déglutition est très difficile, pénible. Mme X... a la sensation d'un corps étranger dans l'œsophage qui solliciterait des mouvements de déglutition ; la voix est enrouée, le timbre très bas.

J'éprouve la plus grande difficulté à faire un examen laryngoscopique, la malade ne pouvant ouvrir la bouche sans éprouver de vives douleurs au niveau du larynx. J'aperçois l'épiglotte qui est un peu congestionnée. La muqueuse des aryténoïdes, des ligaments aryténoïdiens, est gonflée, luisante; la corde vocale droite est rosée, je ne vois pas la gauche qui est masquée par une tuméfaction. Impossible de prolonger l'examen laryngoscopique, tellement la malade est fatiguée, accablée. Fumigations aromatiques. Pulvérisations avec 30 gouttes de la solution suivante dans 30 grammes d'eau : glycérine, 20 grammes; chlorhydrate de morphine, 0g,15 ; cocaïne, 0g,10 ; teinture d'eucalyptus, 0g,50. Potion avec 3 grammes de salicylate de soude; sirop de codéine, 20 grammes ; véhicule, 100 grammes. Cataplasmes sur le cou arrosés de baume tranquille chloroformé.

Le 5, la malade n'a pas dormi, elle a beaucoup souffert toute la nuit. La douleur est descendue au niveau du creux sus-sternal. Elle compare la sensation douloureuse qu'elle éprouve à celle d'un crochet qui la déchirerait en dedans. Pas de battements, pas de pulsations. Toute la région laryngienne est manifestement tuméfiée, gonflée; le creux sus-sternal a disparu, la peau est sur le même plan que celle des parties voisines.

Le moindre attouchement dans cette région est intolérable, la déglutition très douloureuse avec irradiation des douleurs vers la mâchoire et vers les oreilles et la partie postérieure de la tête. Dans toute cette région, on ne peut trouver aucun engorgement ganglionnaire. La malade est très accablée. Température sous l'aisselle, 39°. Pouls, 100.

Persuadé qu'il se faisait un abcès dans cette région et craignant quelque issue fâcheuse, je priai mon confrère et ami M. Moure de vouloir bien me donner son avis éclairé.

Nous vîmes la malade à quatre heures et demie. Elle se sentait un peu mieux, elle avait rendu quelques crachats contenant des traînées, des stries de pus. Le gonflement, la sensibilité du cou sont semblables.

On ne peut remuer ni toucher la région thyroïdienne. La région hyoïdienne est moins sensible.

Examen laryngoscopique de M. Moure : Le gonflement de la partie supérieure du larynx a disparu. Aryténoïdes, ligaments thyro-aryténoïdiens, muqueuse des ventricules d'un rouge vif. Au dessous des bandelettes vocales, au niveau de l'insection thyroïdienne, un champignon blanchâtre porté par une saillie rouge.

Cette tumeur a tout à fait l'aspect d'un anthrax dont la partie culminante est mortifiée ; rien sur les parties latérales. Cette saillie de la muqueuse siège au niveau du cricoïde et descend à peu près jusque vers le premier anneau trachéal. Pas de troubles respiratoires. Le soir, le pouls tombe à 90, la température à 36°,7. Frictions d'onguent napolitain belladoné.

Le 6, amélioration notable, déglutition moins difficile, voix moins aphone. Le gonflement est à peu près le même ; la douleur est très vive seulement au creux sus-sternal toujours très tuméfié. Pouls et température normaux. Désir de s'alimenter. Elle a pu dormir. Expectoration muqueuse contenant quelques stries de sang, pas de pus.

Le 7, le cou a notablement diminué de volume, la fossette sus-sternale commence à paraître. En saisissant le larynx entre les doigts, on le trouve encore très volumineux et les différentes pièces n'en peuvent pas être nettement distinguées au toucher les unes des autres. La déglutition est plus facile, la voix plus claire. Elle peut dire quelques paroles distinctement. Appétit. Nuit excellente. Pouls, 84. Température normale.

Le 8, notable différence ; le gonflement a rapidement diminué, les détails des différentes pièces du larynx se perçoivent facilement au toucher. A l'examen laryngoscopique, la muqueuse des aryténoïdes, du ligament thyro-aryténoïdien, a une teinte rosée ; les cordes vocales sont à peine rosées. Dans les fortes inspirations, on aperçoit sous les cordes vocales, à leur point d'insertion au cartilage thyroïde, une petite tumeur jaunâtre, du volume d'un gros pois ; la base rouge sur laquelle elle repose a notablement diminué ; on reconnaîtrait à peine les reliquats de l'ancien abcès trachéal. La voix est redevenue normale, plus aucune douleur laryngienne, ni spontanée, ni à la pression ; la région a repris à peu près son volume primitif ; pas de ganglions, pas de crachats purulents.

Examen laryngoscopique : Larynx normal, bandelettes blanches nacrées, mais au dessous on ne perçoit pas les trois premiers anneaux de la trachée, qui sont recouverts par une muqueuse rouge un peu épaissie. Tout va très bien jusqu'au 13, où elle éprouve une petite

douleur au côté gauche de l'os hyoïde, sans tuméfaction apparente, sans gêne de la déglutition, sans fièvre. Température, 36°. Pouls, 70.

Le 14, avec une attention très soutenue, on trouve un petit point, gros comme une lentille, au bord gauche de l'os hyoïde, très sensible à la pression, aux grands mouvements de déglutition. La malade se sent moins bien, a mal dormi, a peu d'appétit. Frictions d'onguent napolitain, inhalations, pulvérisations. Peu à peu les accidents diminuent, la malade reprend sa bonne santé habituelle; et le 23, elle sortait sans rien éprouver de nouveau du côté du larynx.

Nous avons pu constater depuis que son état de santé s'était parfaitement maintenu et que ces accidents n'avaient porté aucune atteinte à la marche de la grossesse. La déglutition et la voix sont ce qu'elles étaient avant l'attaque d'influenza.

Je puis ajouter que j'ai revu la malade le 25 août et qu'il est impossible de trouver, soit à la palpation extérieure, soit à l'examen laryngoscopique, la trace de la lésion dont elle a été atteinte. Mme X... se plaint cependant d'éprouver une légère sensibilité au niveau de la partie antérieure du cricoïde lorsque le crochet de son col un peu serré appuie sur cette région.

La marche aiguë de cette périchondrite avec abcès est digne d'être notée, car nous savons quelle est souvent la gravité de ces lésions infectieuses.

DISCUSSION

M. Lubet-Barbon. — J'ai eu l'occasion d'observer un fait de ce genre. Il s'agit d'un malade qui, au cours de la grippe, fut pris soudain de phénomènes asphyxiques graves. Je fus appelé et je constatai un gonflement énorme de l'épiglotte et de la bande ventriculaire. Je me tins prêt pour la trachéotomie tout en prescrivant des pulvérisations calmantes, de la révulsion, etc. J'étais tenu, pour ainsi dire heure par heure, au courant de la situation. Le lendemain, les phénomènes d'asphyxie s'étaient considérablement amendés et ils n'existaient presque plus. Mais le malade était devenu aphone. Cela était dû à ce que les lésions s'étaient déplacées et avaient gagné les cordes vocales. Je tiens à insister sur le bénéfice que retira le malade de l'examen laryngoscopique. Les troubles fonctionnels impo-

saient la trachéotomie et certainement le médecin appelé d'urgence aurait dû songer à intervenir sans retard. Heureusement, ici l'examen objectif montra qu'on pouvait attendre encore, et grâce à la laryngoscopie la trachéotomie fut évitée. En 1893, je vous ai parlé aussi d'un fait à peu près analogue que j'ai observé avec le Dr Netter, à l'hôpital Cochin.

DE L'USAGE DE LA CURETTE DANS LE TRAITEMENT DES STÉNOSES NASALES

Par le Dr **ASTIER**, chargé du service de Laryngologie à la Policlinique de l'Hôpital International.

Qu'elles dépendent des cornets inférieurs ou moyens, de la cloison déviée ou épaissie, il n'existe pas deux sténoses nasales se ressemblant en tous points; d'où l'impossibilité d'avoir un procédé toujours le même pour leur traitement.

De là toutes les tentatives faites, tous les procédés décrits, tous les instruments et appareils inventés pour remédier à ces déformations qui ont, depuis quelques années, pris une si grande place dans la chirurgie spéciale.

Nous avons déjà apporté jadis une pierre à l'édifice, en décrivant les fraises mues au moyen du tour dont nous faisons usage pour remédier à certains rétrécissements du conduit nasal. Mais tous les rétrécissements ne sont pas justiciables de l'application de ces fraises et nous trouvons que souvent on peut recourir à un instrument dont le maniement est plus simple, plus expéditif, et qui est beaucoup plus facilement accepté par le malade : nous voulons parler de la *curette*, qu'on néglige trop, à notre avis, pour ce genre d'opérations et qui tous les jours nous rend les plus grands services. Depuis deux ans, nous nous en servons d'une façon courante pour enlever les crêtes de la cloison, diminuer des cornets trop volumineux, ruginer, curetter les bulles ethmoïdales, etc... Simal a fabriqué une série de curettes de quatre dimensions, ayant : le no 1, sept millimètres de diamètre; le no 2, six; le no 3, cinq; et le no 4, quatre

millimètres; elles sont montées sur un manche solide, bien en main. Avec elles on peut se rendre maître de toute sténose, d'origine cartilagineuse ou osseuse, à condition, toutefois, que cette sténose admette le passage de la curette n° 4. Si la crête est trop volumineuse, ou la déviation trop marquée pour laisser passer l'instrument en arrière du rétrécissement, nous ouvrons d'abord un passage au moyen des fraises et du tour. La curette une fois portée au dessus du point sténosé, on curette d'arrière en avant jusqu'à ce qu'on ait créé une voie de largeur suffisante.

L'observation suivante rapporte une des dernières opérations pratiquées à la clinique de l'Hôpital International. Elle est instructive au point de vue qui nous occupe en ce sens qu'elle a présenté la plupart des difficultés qui peuvent se produire.

D..., bijoutier, âgé de trente-cinq ans, a fait une chute sur le nez à l'âge de sept ans. Depuis ce temps il a toujours eu la respiration nasale gênée, chute de mucosités dans la gorge quand il tient la tête droite, écoulement par les narines, qui le gêne beaucoup dans son travail, quand il tient la tête penchée en avant. A l'examen, on trouve une déviation extrême de la cloison à droite; une crête énorme s'étend d'avant en arrière, obstruant presque complètement la fosse nasale de ce côté, en venant rejoindre le cornet inférieur qu'elle a repoussé et déformé. D... se plaint beaucoup de sécheresse de la gorge : son pharynx présente en effet les lésions usitées en pareil cas. Il demande à être soulagé, et le 16 avril, nous entreprenons de lui agrandir sa fosse nasale.

Nous avions espéré pouvoir introduire la petite curette n° 4 entre le plancher et la crête, arriver à la partie postérieure de cette crête, curetter et frayer un passage à la curette n° 1, avec laquelle il eût été possible d'attaquer cette énorme cloison. Mais à un centimètre de l'entrée de la narine, l'instrument est arrêté. Nous avons alors recours aux fraises : les tissus sont d'une résistance telle qu'il faut plusieurs applications répétées avec des fraises de plus en plus volumineuses pour arriver à forer un véritable conduit allant jusqu'aux choanes. L'hémorragie est abondante; une curette moyenne, rapidement introduite dans la voie nouvellement créée, nous permet d'agrandir cette dernière par en haut et par en bas. La curette n° 1, c'est-à-dire celle de sept millimètres, parachève le travail en permettant de

ruginer la plus grande partie de ce qui reste de cette énorme crête. Puis nous procédons rapidement à un tamponnement antiseptique de la fosse nasale.

Il y a huit jours, nous avons revu notre opéré : quand on retire le pansement, il respire très bien par la narine droite; la plaie n'est pas entièrement cicatrisée et l'on aperçoit encore la base de la crête qui fait une saillie légère sur tout le tiers inférieur de la cloison. Mais il existe un espace parfaitement libre entre la cloison et le cornet inférieur, et quand la rétraction cicatricielle aura fait son œuvre, le résultat obtenu sera des plus satisfaisants.

L'hémorragie, parfois assez abondante, est toujours facilement réprimée par le tamponnement. Le sang étant arrêté, il faut bourrer fortement la fosse nasale opérée avec de la gaze iodoformée, et, nous insistons sur ce point, continuer longtemps et méthodiquement ce pansement pour éviter toute synéchie ou tout bourgeonnement de lambeaux de muqueuse qui pourraient diminuer le résultat acquis.

UN CAS DE PARALYSIE ISOLÉE DU MUSCLE CRICO-ARYÉNOIDIEN LATÉRAL GAUCHE CONSÉCUTIVE A L'INFLUENZA

Par le Dr **ONODI** (de Budapest).

Les paralysies isolées du muscle crico-aryténoïdien latéral ne sont pas fréquentes. Notre cas est surtout intéressant parce que cette paralysie est consécutive à une très violente attaque d'influenza, qui s'est restreinte aux bronches supérieures.

Une femme, âgée de trente ans, tombe gravement malade dans le cours d'une épidémie d'influenza, avec un catarrhe grave des bronches, accompagné d'une fièvre très forte. Dans les premiers jours de la maladie survint une difficulté de déglutition et de respiration tellement grave que le médecin traitant me fit appeler en consultation. L'examen au miroir me permit tout de suite de constater les causes de la difficulté de déglutition et de respiration. L'entrée du larynx,

la fente vocale, étaient très resserrées; on constatait en même temps un gonflement des parties molles du larynx. Les deux cartilages thyroïdes étaient tuméfiés ainsi que l'épiglotte; le gonflement des bandes ventriculaires empêchait de voir les cordes vocales; la membrane muqueuse de tout le larynx et de la trachée était aussi très enflammée et tuméfiée. Après un traitement très énergique la gravité des symptômes a diminué; avec la fièvre les difficultés de déglutition ont disparu, la respiration est devenue plus libre. Dans les semaines suivantes la toux et les autres symptômes cessèrent définitivement; seulement les troubles de la voix ont persisté. Un peu plus tard, la malade est venue me consulter pour un enrouement. L'examen par le miroir n'a montré rien d'anormal dans les parties molles du larynx, mais j'ai constaté une paralysie isolée du muscle crico-aryténoïdien latéral qui était la cause de l'enrouement.

La paralysie se maintint pendant des mois, et n'a cessé que dans le courant de l'été, à la suite de séances d'électrisation plusieurs fois répétées.

TUMEUR ORBITAIRE DOUBLE SIMULANT UNE TUMEUR MALIGNE DUE A UNE INFECTION D'ORIGINE NASALE. GUÉRISON CONSÉCUTIVE A L'OPÉRATION DE TROIS POLYPES DU NEZ.

Par les Drs Anthelme **COMBE** et **DUBOUSQUET-LABORDERIE**.

Le 15 juillet 1894, l'un de nous était appelé auprès de G. C..., âgé de trente-cinq ans, cultivateur, demeurant à Saint-Ouen, atteint depuis dix jours d'accidents fort inquiétants du côté des globes oculaires. Au mois de septembre 1892, sans raisons connues, il avait eu déjà des accidents analogues, mais à un degré bien moindre, dont il avait guéri, au moins en apparence, après deux ou trois semaines.

Au moment de notre premier examen, le malade présente une double induration sarcomateuse dans les deux orbites, siégeant à la voûte et s'étendant jusque derrière les globes oculaires dont le gauche, repoussé en avant, proémine fortement et a subi un abaissement très appréciable. Il y a un chémosis considérable de la conjonctive, surtout à gauche; les yeux presque immobilisés sont entourés par le chémosis sérieux, intense, qui s'accompagne d'ectropion et d'ecchymose sous-conjonctivale. A l'angle supéro-interne des deux orbites et au

dessus des globes, on sent un bourrelet dur, résistant comme de la pierre, qui forme un demi-cercle au dessus des yeux, des deux côtés, mais particulièrement prononcé à l'angle interne. Cette induration occupe toute la voûte, et les glandes lacrymales englobées dans cette masse résistante ne peuvent être perçues. Tous ces accidents, qui ont évolué en dix jours, sans aucune cause connue, n'ont pas été douloureux.

Le malade n'a ressenti aucune douleur lancinante ou autre et se plaint seulement de pesanteur et de gêne du côté des yeux. Il n'a pas eu de maux de tête.

L'acuité visuelle est de 0,8 à gauche et de 1 à droite. Double stase papillaire, particulièrement à gauche.

Comme antécédents personnels ou héréditaires, on ne trouve ni syphilis, ni tuberculose, ni cancer ; il n'y a pas eu de chute ni de coups et, sauf quelques douleurs rhumatoïdes et une *odeur légèrement ozéneuse sur l'existence de laquelle nous appelons surtout l'attention*, notre malade ne présente rien de particulier. A ce moment, l'examen du pharynx, des fosses nasales, des oreilles, reste également négatif. Il n'y a pas trace d'inflammation vive pouvant faire croire à un processus de nature aiguë, et cependant le diagnostic devait se poser entre une lésion inflammatoire ou un néoplasme très probablement de nature dangereuse.

Le malade est envoyé successivement à deux spécialistes éminents : le premier, sans rejeter entièrement l'idée d'un néoplasme, pense plutôt à une affection rhumatismale de la capsule, et cela avec d'autant plus de raisons qu'à cette époque notre malade se plaint de douleurs dans la nuque et dans l'épaule droite dont l'articulation est nettement douloureuse. On prescrit du salicylate de soude et de l'iodure de potassium ; mais à la suite de ce traitement, il n'y a aucune amélioration. Le deuxième conclut à une production profonde et symétrique des orbites qui, d'après les données actuelles, rentrerait dans les lymphomes symétriques ; il prescrit l'arsenic à doses progressives fortes et des mouchetures sur le bourrelet chémotique, qui est énorme.

A ce moment, la rate est hypertrophiée, l'urine contient 50 centigrammes d'albumine et la numération des globules blancs, faite par M. Ph. Lafon, chimiste expert, donne les résultats suivants :

1° Hématies, 2,046,000...........	par millimètre cube.
2° Globules blancs, 18,600.........	
3° Oxyhémoglobine, 9 %.........	

Tout rentrait bien dans le cadre du dernier diagnostic posé.

Le 8 octobre 1894, nouvel examen approfondi du pharynx, des choanes, des oreilles, qui ne présentent rien d'anormal; les tissus sont libres, mais dans les narines, au niveau du cornet moyen, il nous semble apercevoir deux petites masses libres ; à ce moment le malade a un peu de coryza et d'angine, la muqueuse est enflammée et nous ne pouvons nous rendre un compte bien exact.

Le 13 octobre, nouvel examen qui nous montre nettement l'existence de deux masses néoplasiques remplissant les fosses nasales dont les cornets sont atrophiés. Ces masses sont-elles le prolongement du néoplasme de la cavité orbitaire ou en sont-elles indépendantes ? Le diagnostic reste toujours fort délicat. Dans différentes interventions, dont la première est du 18 octobre et la dernière de mars dernier, nous enlevons, à l'anse froide, des masses polypeuses dont la dernière était implantée au niveau du cornet supérieur. Ces productions ont été examinées par M. le Dr Brault dont voici les conclusions :

« Fibromes mous vasculaires, recouverts d'un épithélium cylindrique, par conséquent tumeur d'apparence peu inquiétante.

» Stroma myxomateux formant un bourgeon assez vasculaire recouvert par : 1° une couche de cellules cylindriques dont les plus superficielles ont des cils vibratiles, disposition assez banale dans les polypes fibro-vasculaires des fosses nasales ; 2° les fragments examinés contiennent aussi des masses zoogléiques d'un microbe dont il n'a pas été fait de cultures. »

Mais ces tumeurs vasculaires peuvent se développer au voisinage de tumeurs de nature plus sérieuse, et la double tumeur orbitaire pouvait bien être de nature différente.

L'état du malade reste inquiétant, et l'amélioration ne commence à se manifester qu'après notre intervention du 18 octobre ; mais à partir de cette époque, sous l'influence des pansements antiseptiques des fosses nasales devenues plus libres et aussi de la médication arsenicale, un mieux sensible a lieu ; l'exophtalmie est moindre, la coque indurée orbitaire tend à se résorber du côté temporal, aussi bien à droite qu'à gauche; et vers la fin de décembre, la situation du malade s'est complètement modifiée. Au commencement de janvier, il n'y a plus de chémosis, plus de papillite; il existe de la diplopie résultant encore de la gêne des mouvements oculaires, mais témoignant aussi que les deux yeux commencent à récupérer leur acuité visuelle.

Enfin, à ce moment, nous pouvons considérer notre malade comme guéri, bien qu'il ait encore une légère induration à l'angle supéro-interne des deux cavités orbitaires.

La rate est redevenue normale, il n'y a plus d'albumine, et l'état général ainsi que l'état local ne laissent rien à désirer.

Cette observation est intéressante à différents titres : 1° comme difficultés de diagnostic et de pronostic; 2° comme pathogénie; 3° comme traitement.

a) Par la lecture de l'observation, on peut se rendre compte des difficultés que nous avons rencontrées pour établir un diagnostic et un pronostic sérieux. — Nous n'insisterons pas.

b) Dans une clinique reproduite par la *Semaine médicale* (n° 5, 1895), M. le Prof. Panas attribue les cas de ce genre à une infection lente, à une lymphadénie d'origine inconnue. Pour nous, nous n'hésitons pas à admettre, comme point de départ des accidents présentés par notre malade, une infection d'abord locale qui a menacé de devenir générale, et dont l'origine est à attribuer à l'ozène et aux masses polypeuses dont était porteur le sujet de notre observation, infection qui s'est propagée du côté de l'œil par le système veineux anastomotique ou les lymphatiques. Il faut donc admettre actuellement *qu'il existe, outre les productions orbitaires* de nature maligne, d'autres productions bénignes ayant de grandes analogies cliniques avec les premières, qui apparaissent sans causes bien nettes, mais pouvant guérir avec un traitement bien conduit.

Comme le fait remarquer M. le Prof. Panas, il ne faut pas, dans ces cas douteux, déclarer le mal incurable et se hâter d'opérer tant que la tumeur ne menace pas la vue.

Au point de vue étiologique, les tumeurs symétriques des orbites sont causées par des infections diverses que nous ne connaissons pas encore, et ont pour point de départ soit le nez, soit les amygdales, soit l'utérus. L'un de nous a montré un des premiers dès 1886 que les amygdalites peuvent être la cause d'infections multiples frappant tous les organes; quant à l'utérus, on sait qu'à la ménopause il peut être la cause d'accidents oculaires, d'irido-choroïdites en particulier.

D'après M. le Prof. Panas, ces tumeurs symétriques des

orbites, à marche tantôt aiguë, tantôt chronique, ne commencent pas ordinairement par la glande lacrymale; c'est plutôt en haut et vers l'angle interne qu'apparaît d'abord une induration suivie à plus ou moins long intervalle d'exophtalmie, puis de tous les signes de tumeurs orbitaires symétriques qui parfois projettent en avant la glande, ce qui prouve que celle-ci n'est pas toujours envahie ni au début ni consécutivement. On peut observer en même temps des engorgements ganglionnaires, des parotidites, de l'hypertrophie de la rate, l'augmentation des globules blancs, ce qui obscurcit encore le diagnostic et le pronostic et fait hésiter longtemps, toutes les conditions étant réunies pour faire penser plutôt à l'existence de tumeurs malignes.

c) Dans le traitement, il y a deux objectifs à poursuivre : 1° découvrir la porte d'entrée (nez, pharynx, amygdales, oreilles, utérus, etc.); intervenir du côté suspect et en assurer la désinfection; 2° faire de l'antisepsie générale et fortifier le terrain.

A l'intérieur, on administrera l'arsenic et l'iodure de potassium à la condition pour ce dernier qu'il ne congestionne pas encore plus les globes oculaires; son administration à ce point de vue doit être surveillée très attentivement.

Si ces médicaments précieux échouent, on pourra faire des injections huileuses de biiodure de mercure, qui assurent l'antisepsie interne presque sans douleur. La ciguë, dont se servait beaucoup Trousseau, a paru agir en certains cas.

Enfin la sérothérapie (toxines de streptocoques) aurait donné un succès dans un cas de tumeur inopérable, entre les mains d'un auteur américain (Panas).

Pour M. le Prof. Panas, l'arsenic reste le médicament de choix et c'est à lui qu'on doit le plus de résultats.

DU TRAITEMENT DES NODULES DES CHANTEURS

Par le Dr POYET.

Je ne veux pas, dans ce travail, discuter la nature de la petite lésion laryngée à laquelle on est convenu, avec Stœrck, de donner le nom de nodule des chanteurs. Je n'ai pas à rechercher si c'est à cette affection que Türck et quelques auteurs ont donné le nom de chorditis tuberosa, de trachome, etc. Je me bornerai à dire simplement que je suis de l'avis de ceux qui regardent cette lésion comme une simple prolifération épithéliale, une kératinisation d'un point de la muqueuse du bord libre de l'une ou des deux cordes vocales inférieures.

Je dirai encore que la maladie est le résultat d'une inflammation ou, pour mieux dire, d'une irritation locale permanente des cordes vocales inférieures, ce qui me permet d'avancer que, tout au moins chez les chanteurs, l'affection reconnaît pour point de départ presque invariable une mauvaise émission de la voix, principalement dans les sons aigus, surtout chez la femme.

Comme tous les auteurs qui ont étudié la question, j'ai constaté en effet que la maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme et qu'on l'observe tout particulièrement chez les soprani. De même, chez les hommes, ce sont les ténors qui en sont le plus souvent atteints.

Pour justifier les différents modes de traitement que j'ai employés contre le nodule des chanteurs et ceux que je me propose de vous soumettre en quelques mots, il est nécessaire que je dise brièvement comment se produit la maladie, comment elle évolue et quels sont les symptômes spéciaux fonctionnels, bien particuliers, auxquels elle donne lieu.

En général, elle débute par une série de petites irritations locales qui enrouent le malade, et le forcent *à pousser* pour émettre les sons. S'il consulte à ce moment, on constate un léger degré de rougeur des cordes vocales inférieures, rougeur diffuse qui donne à l'œil la sensation d'un peu d'épaississement.

Si le malade se soigne et qu'il se produise de l'amélioration (c'est à dessein que je ne dis pas guérison), on remarque que les cordes gardent une couleur un peu grise, terne, bleutée, qui, selon moi, indique leur tendance à s'enflammer de nouveau.

En même temps que la rougeur, on trouve un certain degré de catarrhe. Les bords libres des cordes sont frangés d'un bourrelet de mucus lactescent, peu abondant, visqueux, qui incite le malade à hemmer, à racler et même à tousser.

Le malade, à qui vous avez donné le conseil de se reposer, de cesser tout exercice de chant, voire même de parole, de changer son mode d'émission, ne suit pas en général ce conseil et, après un certain temps, vient vous retrouver avec un nodule situé sur le bord libre de l'une des deux cordes, et cela toujours au même niveau, c'est-à-dire à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs.

Ce nodule, que je n'ai pas à décrire ici, nous le connaissons tous, a déterminé une irritation du bord correspondant de la corde opposée et, dans les efforts de chant que fait le malade, celui-ci arrive à ne plus pouvoir produire l'affrontement nécessaire à l'émission des sons chantés.

Voici ce qu'il dit au médecin qu'il consulte :

« Depuis assez longtemps, je m'enroue facilement en chantant, et cela sans avoir aucun rhume; je suis forcé malgré cela de chanter chaque jour plus ou moins, car je suis au théâtre, au Conservatoire ou chez un professeur de chant.

» Dans les commencements, ma voix s'échauffait petit à petit et je pouvais chanter un rôle; aujourd'hui, ce n'est plus qu'en force que je puis émettre le son ; il me faut pousser, et toutes les fois que j'ai à faire des demi-teintes, des piano, surtout en voix mixte, ma voix craque, surtout au passage, et il m'est impossible d'attaquer le son d'emblée.

» Il me semble qu'avant la sortie du son il se produit un sifflement comme s'il y avait dans mon larynx une fuite d'air.

» D'autre part, ma voix est devenue faible, cotonneuse, elle

manque de timbre, elle détonne de temps à autre, et je m'essouffle très facilement, ce qui ne m'arrivait jamais autrefois. »

Quand un malade m'expose son état dans ces termes, mon diagnostic est fait avant tout examen. Je suis sûr de trouver un ou deux nodules vocaux. Je dis deux, car, le plus souvent, le frottement du premier nodule qui s'est développé a déterminé l'apparition d'un nodule semblable du côté opposé, de telle sorte que l'affrontement des deux lèvres de la glotte s'en trouve d'autant plus empêché et que l'altération vocale est plus intense.

Il se produit dans ces cas, passez-moi la comparaison, une affection ayant la plus grande analogie avec celle que nous connaissons tous sous le nom d'œil-de-perdrix.

Si je l'osais, je pousserais même cette comparaison encore plus loin, car je dirais que le nodule des chanteurs n'est autre chose qu'un *cor du larynx*.

Comme le cor des orteils, le nodule est le résultat d'une prolifération épithéliale exagérée; comme lui, il se produit et se reproduit sous l'influence d'une irritation bien localisée; comme lui, il ne disparaît que sous l'influence de cautérisations, d'extirpations, de repos surtout; comme lui, dirais-je plus, il est soumis aux influences atmosphériques.

Le malade atteint de nodule vocal, cela ne fait aucun doute, a la voix plus mauvaise alors que la pression atmosphérique est faible, quand le temps est humide, quand le temps va changer.

Les mêmes moyens qui guérissent les cors guérissent aussi les nodules du larynx, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Pendant longtemps je me contentai, pour traiter cette petite affection, de cautériser légèrement la muqueuse laryngée soit avec une solution de chlorure de zinc, soit avec des solutions de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent. Quand l'affection est à son début, il n'est pas rare de voir ces moyens réussir, surtout si le malade observe le repos de l'organe.

Plus tard, en présence de cas rebelles, je fis des cautéri-

sations avec le nitrate d'argent solide mitigé et non mitigé; j'en fis avec l'acide acétique, avec l'acide chromique, après anesthésie avec la cocaïne.

Ces différents moyens me donnèrent aussi des résultats; mais, pour un cas traité non suivi de récidive, j'en avais dix où, après quelques jours ou quelques mois de fatigue vocale, le nodule reparaissait.

J'employai alors l'acide salicylique, qui me parut agir plus efficacement que tout autre, et je me décidai à pratiquer l'extirpation à l'aide des pinces de Fauvel.

Aujourd'hui, je n'emploie plus d'autre procédé, tout en reconnaissant qu'il n'est pas facile à appliquer, car, autant que possible, il ne faut enlever que la petite production épithéliale. Il ne faut cependant pas s'en exagérer la difficulté; la muqueuse des cordes est très tolérante; je veux dire par là qu'elle ne s'enflamme que difficilement sous l'influence d'un traumatisme et, si on la déchire dans des endroits sains pendant les tentatives d'extirpation, il faut d'autant moins s'en effrayer, que l'arrachement du nodule doit être fait largement, en dépassant les limites du mal.

A la suite de l'extirpation, le malade doit pendant quelques jours garder le silence le plus absolu, et ce n'est qu'après un examen laryngien ayant fait constater l'intégrité de l'organe, qu'on peut lui permettre de reprendre sa profession.

En résumé, on peut dire que le nodule des chanteurs est justiciable de plusieurs médications : 1° le repos absolu et prolongé de l'organe vocal; 2° les cautérisations répétées et fortes associées avec le repos; 3° l'extirpation par arrachement ou section suivie de repos; 4° la cautérisation galvanique, que je ne fais que mentionner, ne l'ayant jamais appliquée.

DISCUSSION

M. Raugé. — Ces cas se rapprochent de la pachydermie, dont Virchow a fait à tort une maladie à part. Il y a ici une pachyépidermie.

M. Helme. — Chiari (de Vienne) recommande d'être très prudent lorsqu'il s'agit de pratiquer l'ablation des nodules. Pour lui, il s'abstient lorsque ceux-ci n'ont pas un volume considérable.

M. Egger. — Lorsque les petits nodules vocaux gênent la phonation, leur extirpation est indiquée et ne donne pas lieu à des accidents. Quant aux nodules de plus gros volume, s'ils occasionnent des troubles vocaux notables, il faut, dit Chiari, les extirper ; mais il ajoute que l'opération peut être suivie d'aphonie assez prolongée, ce que l'on peut expliquer par le défaut d'accommodation des cordes vocales habituées à fonctionner auparavant en bonne harmonie, malgré leur nodule. Cette remarque n'a d'importance qu'au point de vue social, l'opéré pouvant être privé de sa voix pendant quelques semaines.

M. Poyet. — Je connais pourtant un ténor à qui M Chiari vient d'enlever un très petit nodule, à propos duquel je ne serais peut-être pas intervenu moi-même.

SUR DEUX CAS DE PARESTHÉSIE PHARYNGÉE

Par le Dr M. BOULAY, ancien interne des hôpitaux.

On observe dans le pharynx deux sortes de paresthésies : les unes paraissent indépendantes de toute lésion, les autres sont liées à la présence d'altérations, parfois minimes, mais en tout cas indiscutables, de cet organe ou des régions voisines. Le nombre des paresthésies de cette seconde variété a singulièrement augmenté aux dépens de celles du premier groupe depuis qu'on sait mieux explorer le pharynx et surtout depuis qu'on accorde aux altérations, même légères, de cet organe une valeur étiologique qu'on n'eût pas songé jadis à leur prêter. Toutefois ces sensations anomales présentent habituellement une intensité si peu proportionnée à l'importance de la lésion et parfois aussi un siège si peu en rapport avec celui de leur cause, qu'il est en général difficile d'affirmer au premier abord la relation qui les unit à celle-ci. Aussi le diagnostic pathogénique ne peut-il être établi avec certitude que lorsque la disparition de la cause supposée a été suivie de celle de la paresthésie. Encore, même dans ces

cas, l'interprétation pathogénique donne-t-elle matière à discussion, ainsi qu'on va le voir par les deux observations suivantes, que je résume en quelques mots.

Observation I. — Mlle de B..., âgée de dix-huit ans, éprouve depuis quatre mois, époque où elle souffrit de l'influenza, une sensation de sable dans la gorge; il lui semble que celle-ci soit remplie de graviers. Les mouvements de déglutition, surtout ceux de déglutition à vide, augmentent l'intensité de la sensation. Celle-ci est d'ailleurs ressentie d'une façon constante; depuis quelques semaines, elle est devenue intolérable. A ces troubles s'ajoutent de fréquents maux de tête, une douleur presque constante à la nuque, des accès de toux bruyante revenant chaque matin au réveil, enfin une impossibilité presque complète de chanter, en l'absence de toute modification de la voix parlée.

Le larynx et le nez ne présentent aucune altération; par contre, il existe une adhérence étendue de l'amygdale gauche au pilier antérieur et de petites végétations adénoïdes. La rupture de l'adhérence n'est suivie d'aucune modification des symptômes accusés, mais l'ablation des végétations, faite sans anesthésie préalable, amène la disparition complète de la paresthésie et des autres troubles.

La seconde observation est presque calquée sur celle-ci.

Obs. II. — Mlle R..., âgée de vingt-deux ans, éprouve depuis près de six mois dans la gorge une sensation d'ardeur, de brûlure, qu'elle compare à celle qu'elle éprouverait si on lui avait saupoudré le pharynx de poivre. C'est pour elle une véritable obsession. De plus, elle se fatigue rapidement à parler; à la fin de la journée, elle est parfois légèrement enrouée; elle ne peut élever la voix et a dû renoncer à ses exercices habituels de chant.

Pour toute lésion, il n'existe que de petites végétations adénoïdes, trop peu volumineuses pour gêner notablement la respiration nasale. Ces végétations sont enlevées à la curette, après anesthésie au bromure d'éthyle. La sensation de poivre dans la gorge disparut complètement en même temps que les troubles laryngés. La guérison se maintenait, quand je revis la malade six mois après l'opération.

Quel est dans ces deux cas le mécanisme de la guérison de la paresthésie, le seul trouble que j'aie en vue dans cette communication? Les végétations adénoïdes étaient-elles

l'unique cause des sensations éprouvées, et la disparition de la cause a-t-elle entraîné la cessation de l'effet? Contre cette opinion on peut invoquer ce fait que les tumeurs adénoïdes sont aussi fréquentes que les sensations accusées par ces deux malades sont rares. Faut-il admettre que l'heureuse action du curettage du pharynx est due moins à la disparition des végétations qu'à une modification par le traumatisme des filets terminaux du glosso-pharyngien? Mais alors le curettage de la muqueuse devrait avoir constamment un effet favorable, même en l'absence de lésions préalables. Il reste une dernière hypothèse, assez séduisante et qui renferme peut-être une certaine part de vérité : elle consiste à supposer que l'opération agit surtout par suggestion. Le premier de mes cas semblerait donner raison à cette opinion : il s'agissait en effet d'une jeune fille fort nerveuse, empreinte d'idées mystiques et éminemment suggestionnable. Par contre, chez la seconde de mes malades, le terrain était beaucoup moins bien préparé pour la suggestion.

Quoi qu'il en soit, j'admets, pour ma part, que la suggestion peut jouer un rôle dans la disparition des phénomènes observés; je ne crois cependant pas qu'elle soit l'unique mécanisme de la guérison. S'il en était ainsi, en effet, la guérison devrait survenir, dans des cas semblables, quelle que fût l'opération entreprise dans la gorge ; or, il n'en est rien : la cautérisation d'un bourrelet de pharyngite latérale, la rupture d'une adhérence de l'amygdale, comme chez l'une de mes malades, interventions qui peuvent être fort douloureuses et représenter de véritables opérations pour des sujets impressionnables, restent sans résultats si la paresthésie est due à une autre lésion, et *vice versâ*. Cela tient à ce que ces paresthésies ne sont exclusivement ni d'origine psychique ni d'origine locale : on doit plutôt admettre que la sensation éprouvée a réellement pour cause provocatrice une lésion, si minime soit-elle, du pharynx, mais qu'elle se trouve amplifiée ou altérée par l'état névropathique du sujet. Aussi serait-ce une erreur de vouloir

traiter ces malades uniquement par la suggestion ou par un simulacre d'opération, comme la chose a été proposée; ce mode de traitement ne pourrait avoir qu'une action incomplète et éphémère, la disparition de la lésion causale initiale étant nécessaire à la disparition de toute sensation anomale.

UNE CLINIQUE A FRANCFORT-SUR-LE-MEIN

Par le Dr **F. FURET** (1).

La clinique de MM. le Prof. Moritz Schmidt et le Dr Gustav Spiess est située Grosse Gallustrasse, au fond de la cour, dans un long bâtiment dont elle occupe tout le premier étage. Elle comprend d'abord deux grandes salles d'attente, très soigneusement meublées, communiquant ensemble par une large baie, et dans lesquelles des livres et des brochures sont toujours à la disposition des malades; puis, un cabinet de grande dimension où MM. Moritz Schmidt et Spiess reçoivent, interrogent et classent les nouveaux venus; enfin, trois salles d'examen de proportions plus modestes : les deux premières, où ne pénètre pas la lumière du jour, servent à l'examen spécial du nez, de la gorge et du larynx; la troisième est uniquement destinée à l'examen général. Plus loin encore sont deux autres pièces, l'une salle d'attente, l'autre salle d'examen, où sont seuls admis les malades de la classe élevée. Il ne faudrait pas conclure de cette division que les malades de la première catégorie sont des indigents; tous ou presque tous au contraire sont des malades payants; mais le prix de la consultation est essentiellement variable et mis, autant que possible, en rapport avec la condition de chacun. Il n'est pas inutile de faire ressortir ce détail d'organisation et de le mettre en parallèle avec ce qui a lieu le plus ordinairement à Paris, où les malades de la classe

(1) Clinique de MM. le Prof. Moritz Schmidt et le Dr Gustav Spiess, à Francfort-sur-le-Mein.

moyenne sont obligés, s'ils veulent consulter tel spécialiste de leur choix, ou de payer très cher à son cabinet, ou d'être traités gratuitement à sa clinique. Il est de toute évidence que le malade allemand est plus favorisé.

Le professeur ne fait pas de cours et n'a pas d'autre élève que son assistant. Il n'est pas rare cependant qu'on rencontre chez lui des médecins étrangers, attirés à la fois et par la grande réputation scientifique du maître, et par sa bienveillance et par la courtoisie de son accueil. On y vient encore d'autant plus volontiers que M. Schmidt parle avec la même facilité l'allemand, le français, l'anglais et l'italien et qu'il aime à s'entretenir avec son auditeur dans la langue qui lui est familière. Le Dr Spiess, son ancien assistant, aujourd'hui son collaborateur, unit avec bonheur ses efforts à ceux du professeur pour faire de la clinique de Grosse Gallusstrasse un séjour agréable entre tous.

Il ne peut entrer dans ma pensée de juger en quelques lignes l'œuvre de M. Schmidt et de porter sur sa pratique un jugement quelconque. Je n'ai d'autre désir que de dire ici et aussi exactement que possible ce que j'ai vu à la clinique dans les quelques jours que j'ai eu l'honneur d'y passer.

Dès que le malade a été interrogé et inscrit dans le cabinet de consultation, il est immédiatement dirigé vers une des salles d'examen. C'est là que MM. Moritz Schmidt et Spiess et l'assistant vont tour à tour l'examiner et faire les pansements et le traitement nécessaires, le professeur se réservant ordinairement la majeure partie des interventions. Il arrive ainsi que deux et trois malades sont traités en même temps et presque sous les yeux les uns des autres, malades de tous rangs et de toutes conditions, sans que jamais l'un d'eux trouve à se plaindre du voisinage. J'ajoute que le médecin étranger assiste à tous les détails du traitement et qu'il est souvent appelé par le professeur à examiner lui-même tel malade intéressant qui se prête à ce luxe d'examens avec la meilleure bonne grâce. Je ne sais vraiment comment notre démocratie s'accommoderait de cette coutume, et si nos

malades français, j'entends ceux de la classe « payante », accepteraient de recevoir les soins de plusieurs collaborateurs et de se prêter docilement à l'examen d'un étranger. Je n'oserais pas affirmer qu'en France un médecin n'y perdît pas une bonne part de sa clientèle.

Les deux salles d'examen contiennent chacune deux chaises, l'une pour le malade, l'autre pour le médecin, et un petit meuble construit sur les indications de Moritz Schmidt, et dont je vais faire une description succincte à cause de l'intérêt exceptionnel qu'il présente au point de vue de la désinfection et du nettoyage des instruments. Qu'on se figure dans l'un des angles de la pièce et placé à gauche de l'opérateur, une sorte de coffre, de la hauteur d'une table ordinaire, large et profond de 75 à 80 centimètres environ. La face supérieure est percée en son milieu de quatre orifices ronds et égaux, de 12 à 15 centimètres de diamètre, dans chacun desquels est assujetti un bol en verre qu'on peut à volonté enlever et remettre en place. De l'espace situé entre ces quatre orifices part un robinet mobile en tous les sens, distribuant successivement dans chaque bol l'eau des conduites de la ville. C'est dans ces récipients, à l'aide de cette eau naturelle, que MM. Schmidt et Spiess désinfectent et nettoient, au fur et à mesure, leurs instruments. Lorsqu'un instrument a servi, il est plongé dans un de ces bols, dont l'eau est renouvelée de temps à autre, on l'agite un instant dans le liquide et on l'essuie avec un linge. Chaque opérateur nettoie ainsi lui-même ses instruments et les remet lui-même en place dans un tiroir placé sur l'un des côtés du meuble. Je ne sais trop s'il faut louer ou blâmer une antisepsie aussi simple, n'en ayant par moi-même aucune expérience. MM. Schmidt et Spiess s'en félicitent et m'ont assuré à moi-même qu'ils avaient tenté de faire des cultures avec les instruments stérilisés de cette manière et que tous leurs ensemencements étaient restés négatifs. Je n'insiste pas sur les autres détails de ce petit meuble, qui ne présente rien de particulièrement intéressant. Je note seulement en passant que chaque objet, poudres et solutions d'un usage courant,

instruments de toutes sortes, pulvérisateurs, insufflateurs, bec de gaz, appareils à électricité, etc., sont tous, grâce à une disposition intelligente, placés à portée de la main de l'opérateur.

Je ne vois rien de particulier à signaler dans la salle destinée à l'examen général et qui fait suite aux deux salles d'examen spécial. Il n'est guère de malades, je pense, qui soient entrés à la clinique sans passer par la salle d'examen général. Le professeur ne cesse de dire, en effet, et il m'a répété à moi-même, à plusieurs reprises, avec une véritable obstination, qu'il est indispensable d'examiner avec soin et minutieusement les organes des malades : le cœur, les poumons, les organes digestifs. Lui-même met cette théorie en pratique et ne craint pas de passer un long temps à cette besogne négligée ou dédaignée par tant de spécialistes. Il fait même de fréquents examens d'urine, surtout chez les Israélites, qu'il considère comme très prédisposés au diabète.

Toute la clinique est éclairée à l'électricité. La lumière frontale dont Moritz Schmidt et Spiess se servent pour leur éclairage a une puissance de quatorze volts et est à la fois très intense et très stable. L'électricité que leur fournit la ville, électricité à courants intermittents, est modifiée par un transformateur d'un système spécial et leur donne une lumière parfaite.

Catarrhe nasal hypertrophique. — Moritz Schmidt cautérise très énergiquement la muqueuse nasale; dans les hypertrophies de la partie antérieure du cornet inférieur, il fait trois stries longitudinales et parallèles avec un cautère coupant. Il procède avec beaucoup de vigueur, passant plusieurs fois dans le même sillon de manière à arriver jusqu'à l'os; on obtient ainsi une cicatrice qui adhère au périoste et qui met pour toujours à l'abri des récidives. Après chaque cautérisation, il fait un badigeonnage à l'acide trichloracétique.

C'est aussi de l'acide trichloracétique que MM. Schmidt et Spiess font usage pour badigeonner la muqueuse nasale dans les cas de coryza vaso-moteur avec éternuements répétés.

Les queues de cornet sont enlevées à l'anse chaude. On prend soin, quand elles sont très grosses et très rouges, de les tenir serrées dans l'anse pendant une ou deux minutes avant de faire passer le courant : on évite ainsi les hémorragies.

Déviations de la cloison. — Le professeur en reconnaît deux grandes classes : 1° celles qui sont dues à un traumatisme; 2° celles qui appartiennent à la croissance. Il les opère généralement au tour ou à la scie à l'aide du moteur électrique, en ayant soin de cocaïniser à l'avance la muqueuse des deux cavités nasales. Il emploie pour éviter l'hémorragie consécutive des tampons imbibés de ferripyrine à 2 °/₀; c'est un hémostatique qui lui a donné les meilleurs résultats. M. Schmidt est très partisan de l'opération dans tous les cas où la respiration est gênée par un éperon ou une déviation de la cloison. Il fait remarquer, à l'appui de cette opinion, que la raréfaction de l'air qui se produit par le fait d'une déviation du septum amène toujours du même côté une hypérémie passive qui a pour résultat immédiat l'hypertrophie de la queue du cornet inférieur. Quand les deux narines sont obstruées, l'hypertrophie de la muqueuse, d'abord limitée aux cornets, s'étend ensuite au cavum et peut même gagner les bronches. C'est ainsi qu'il faudrait expliquer les cas de guérison de l'asthme, à la suite de la libération du nez.

C'est sur ce même principe qu'est construit un petit appareil que j'ai eu occasion de voir à la clinique et qui est destiné à produire chez les ozéneux cette raréfaction de l'air que causent les déviations du septum. On obtiendrait ainsi des hypérémies passives qui lutteraient victorieusement contre l'atrophie qu'engendre l'ozène. L'idée est évidemment ingénieuse et séduisante, mais je n'en ai vu aucune application.

Ozène. — Le professeur lui-même n'avait encore aucune expérience de ce petit appareil. Il conseille en ce moment le plus ordinairement les lavages au permanganate de potasse, solution au 1/10000; un ou deux litres deux fois par jour.

Polypes. — Je note en passant un gros polype muqueux et pédiculé des choanes, enlevé séance tenante à l'anse chaude par le professeur après application du releveur du voile et sous le contrôle d'un miroir laryngien n° 5.

Sinusites. — C'est là, m'a dit M. Schmidt, un des points les plus humiliants de notre spécialité. Aucune méthode, aucun médicament n'ont donné jusqu'à aujourd'hui de résultats positifs. A l'heure actuelle, Moritz Schmitz se borne aux lavages fréquents avec une solution phéniquée faible, lavages suivis immédiatement d'injections de dermatol.

Pour pénétrer dans le sinus sphénoïdal, le professeur le ponctionne à la partie antérieure en passant par la partie médiane du cornet.

En ce qui concerne le sinus maxillaire, j'ai remarqué qu'après l'ouverture du sinus par la voie dentaire, le professeur ne place pas de tube à demeure.

Pharyngites. — Les trois quarts des pharyngites chroniques, des pharyngites dites incurables, sont sous la dépendance d'un mauvais estomac. Partant de ce principe, Moritz Schmidt examine avec le plus grand soin les organes digestifs de cette catégorie de malades, et leur prescrit, suivant les cas, un régime diététique sévère qui est le meilleur adjuvant de la guérison.

Dans la pharyngite sèche très rebelle, l'estomac peut n'être pas seul coupable. Il faut penser aux sinus, surtout au sinus sphénoïdal qui est le plus souvent en cause.

Dans la pharyngite latérale, il faut user modérément des cautérisations qui restent le plus souvent sans effet; il est préférable de curetter le point malade avec la petite curette de Trautmann.

Il arrive souvent qu'un malade se plaigne d'un point douloureux dans la gorge sans que le médecin trouve rien d'anormal à l'examen. Pour éviter toute cause d'erreur, il est bon d'aller toucher la gorge, point par point, avec un stylet boutonné. Le malade indique généralement très nettement le point précis qui est le siège de la douleur : si ce point siège sur les amygdales, il faut explorer les cryptes;

s'il est situé sur la paroi postérieure du pharynx, une cautérisation au nitrate d'argent ou au galvanocautère suffira dans la majorité des cas.

Les vieilles gens se plaignent souvent d'une sensation de brûlure à la gorge ou à la langue et ils viennent, presque toujours dans la crainte du cancer, consulter le spécialiste. Une purgation est en pareil cas le meilleur remède : ces sensations étant le plus souvent sous la dépendance de troubles digestifs.

Amygdalites. — Les hypertrophies de l'amygdale sont en majorité traitées par l'ablation à l'anse chaude. Les soins consécutifs sont assez complexes : le malade est tenu de garder la chambre pendant deux jours, de se gargariser trois ou quatre fois par jour avec une solution salolée, et de se nourrir uniquement d'aliments liquides froids. Les quatre jours suivants, on lui permet des soupes tièdes et des purées. Ce n'est qu'après cela qu'il est autorisé à reprendre la vie ordinaire.

Dans les amygdalites lacunaires, Moritz Schmidt emploie volontiers la discission, mais il la réserve à la partie supérieure de l'amygdale, disant que là seulement existent la douleur et l'inflammation. Si cela n'est pas suffisant, il fait des badigeonnages avec la solution iodo-iodurée ; si la douleur persiste, il pratique le morcellement de la partie supérieure avec la curette double de Krause. Il ne détruit jamais les adhérences des amygdales avec les piliers, opération inutile selon lui, car les adhérences se reproduisent toujours.

Dans l'hypertrophie de l'amygdale linguale, les badigeonnages quotidiens avec la solution iodo-iodurée donnent d'excellents résultats.

Végétations adénoïdes. — Si les végétations sont petites, il suffit de les cautériser avec une perle de nitrate d'argent.

Quand elles sont grosses et qu'elles sont cause de gêne de la respiration ou d'accidents du côté des organes voisins, il faut les enlever. Pour cela, chez l'adulte, Moritz Schmidt se sert de la curette de Trautmann de manière à racler l'insertion même du tissu adénoïdien et éviter toute récidive. L'anes-

thésie préalable est obtenue au moyen de l'insufflation dans le cavum d'une poudre composée de quatre parties de cocaïne et d'une partie de sucre.

Chez les enfants, pas d'anesthésie, au moins dans les cas ordinaires. Le professeur emploie le couteau de Gottstein légèrement modifié par lui. Il donne cinq ou six coups vigoureux dans le naso-pharynx sans ramener l'instrument, le couteau dirigé d'abord en haut, puis ensuite fortement incliné sur les côtés.

Le repos à la chambre et la diète sont prescrits pour le jour même de l'opération.

Polypes naso-pharyngiens. — M. Schmidt ne les opère que s'ils sont gros. Petits, il les traite par l'électrolyse et m'a dit avoir obtenu dans un cas une guérison complète.

Tuberculose du larynx. — Les tuberculeux abondent à la clinique de Moritz Schmidt et Spiess. Ce sont eux qui en constituent à coup sûr la clientèle la plus nombreuse et la plus fidèle. Cet empressement est amplement justifié par les soins minutieux et attentifs dont ils sont l'objet et par les résultats qu'ils en obtiennent. Moritz Schmidt accuse en effet 20 °/₀ de guérisons définitives dans les cas de tuberculose laryngée.

Le professeur n'entreprend de traitement actif qu'après avoir ausculté longuement le malade et passé soigneusement en revue tous les détails de sa constitution pulmonaire ; aussi peut-on dire que cette épreuve est une épreuve éliminatoire, destinée à séparer les tuberculeux justiciables d'un traitement rigoureux, de ceux envers qui on se bornera, en raison de lésions pulmonaires trop avancées, à un simple traitement palliatif et calmant.

Ceux dont l'état général autorise un traitement actif sont soumis tout d'abord au régime le plus sévère : défense absolue leur est faite de parler, de fumer et de faire usage de boissons alcooliques. Ces trois points constituent une condition nécessaire du succès et Moritz Schmidt est très sévère sur leur application. Il m'a, à ce propos, conté l'histoire d'un prêtre qui est resté huit mois sans prononcer

une seule parole. Je ne sais si on pourrait obtenir semblable obéissance de la part du malade français; le malade allemand est de toute manière d'un maniement et d'une souplesse admirables.

Le traitement local comprend deux moyens principaux : le pansement à l'acide lactique en cas d'ulcération, le curettage en cas d'infiltration. Les autres moyens ne sont que des adjuvants de ces deux premiers. L'acide lactique est employé en solution à 50 °/₀, ou à parties égales, ou pur, suivant la susceptibilité du malade. M. Schmidt en limite rigoureusement l'application au point ulcéré et ne renouvelle le pansement que deux fois ou même qu'une seule fois par semaine, pour éviter une trop grande réaction inflammatoire. Dans l'intervalle, le professeur emploie volontiers comme topique le naphtol camphré, dont il vante beaucoup les excellents effets. Avant chaque application d'acide lactique ou de naphtol camphré, comme avant toute interventions sur le larynx, M. Schmidt se sert de la cocaïne comme anesthésique; mais il ne faut pas oublier, dit-il, que dans quelques cas, la cocaïne augmente la sensibilité du larynx et qu'il vaut mieux alors ne pas l'employer.

Le repos des cordes vocales suffit seul parfois pour faire disparaître l'infiltration. Quand elle est considérable et qu'elle est devenue une gêne, non seulement pour la phonation, mais aussi pour la respiration, M. Schmidt pratique sans tarder le curettage. Il se sert, suivant les cas, de la curette d'Hering ou de celle de Krause, et ne craint pas d'agir avec la plus grande énergie. J'ai vu à sa clinique un officier dont l'état général et local m'a paru très satisfaisant et à qui le professeur avait enlevé en plusieurs séances gros comme une noix au moins de tissus infiltrés des fausses cordes. J'ajoute encore que le professeur ne considère pas l'épaississement de la paroi inter-aryténoïdienne comme un signe pathognomonique de tuberculose laryngée. Ce signe se retrouverait dans d'autres affections du larynx, en particulier dans la pachydermie.

Je dirai deux mots seulement de la trachéotomie que

M. Schmidt recommande vivement comme moyen curatif dans le cas où il n'existe pas de lésion pulmonaire, ou du moins quand la lésion pulmonaire est légère comparée aux désordres laryngés. Cette opération est le corollaire naturel de la théorie du professeur, qui estime le repos complet du larynx comme l'un des meilleurs et des plus efficaces moyens de guérison.

Le traitement de la phtisie laryngée ne doit pas faire négliger celui de la phtisie pulmonaire. Tous deux doivent être dirigés parallèlement. Moritz Schmidt emploie beaucoup la créosote et surtout l'huile de foie de morue qu'il considère comme le médicament héroïque; pour qu'elle soit bien tolérée, il l'ordonne de préférence à la fin des repas et fait prendre ensuite quelques gorgées de café qui en masquent très bien l'arrière-goût désagréable.

Syphilis. — Je ne trouve dans mes notes rien de particulier concernant le traitement de la syphilis. Voici seulement la solution iodurée qu'on ordonne le plus ordinairement à la clinique de Grosse Gallusstrasse :

Iodure de potassium........	10 grammes.
Eau......................	30 —

Le malade en prend 10 à 30 gouttes par jour, et dans du lait, qui, d'après le professeur, est le meilleur préventif contre les accidents d'iodisme. Si l'iodisme apparaît, c'est au bicarbonate de soude qu'il faut s'adresser pour le combattre.

Moritz Schmidt répète volontiers qu'il faut toujours être en garde contre la syphilis. Tout individu qui se plaint de douleurs à la déglutition, depuis quatre à six semaines, sans tousser, doit être tenu pour suspect. Parfois, on ne voit sur l'amygdale qu'une ou deux petites taches jaunes, linéaires. Cela suffit pour affirmer la syphilis.

Papillomes du larynx. — Chez les enfants, les papillomes du larynx peuvent guérir sans intervention et M. Schmidt n'est pas d'avis d'opérer de bonne heure.

Chez les adultes, après l'opération, et pour éviter autant

que possible les récidives, il cautérise énergiquement avec l'acide lactique.

Il faut se méfier des papillomes qui récidivent. Peu à peu, il survient de la parésie d'une corde vocale, puis on distingue un point blanchâtre au milieu de la masse papillomateuse: c'est le carcinome qui s'installe sournoisement et qui va évoluer dans la suite comme du carcinome pur. Tel fut le cas de l'empereur Frédéric.

Trachomes des cordes vocales. — M. Schmidt n'opère pas ordinairement les trachomes des cordes vocales ou nodules des chanteurs. Il ordonne aux malades de faire deux et trois fois par jour des inhalations d'une solution d'acide lactique à 1 ou 2 °/₀; à l'aide d'un petit pulvérisateur à vapeur.

Aphonie nerveuse. — Le Dr Spiess s'occupe spécialement de l'aphonie nerveuse. Il en reconnaît trois classes principales : la première, bénigne, dans laquelle le malade présente de l'enrouement et de la raucité, mais où l'émission du son *é*, sous le contrôle du miroir, reste nette et normale; la deuxième classe, de moyenne intensité, est celle dans laquelle le malade a de la raucité même dans l'émission de *é* au laryngoscope; enfin, la troisième classe, grave, est celle dans laquelle on ne peut émettre aucun son, ni aigu, ni voilé.

Comme traitement, le Dr Spiess apprend d'abord à ses malades à respirer largement et profondément, car il prétend qu'ils ont tous une tendance à n'user que de la respiration costale supérieure. Il fait mouvoir assez rudement la tête dans tous les sens et masse vigoureusement les muscles du cou pour les mettre dans le relâchement, car ils sont souvent contracturés. Il fait compter à haute voix ses malades, en leur faisant émettre le son dans l'expiration, après une lente et profonde inspiration. En même temps, il tient le larynx entre le pouce et l'index et fait une pression latérale au moment de la phonation pour rapprocher artificiellement les cordes vocales. Enfin, il fait des séances quotidiennes, de une à cinq minutes, avec le moteur élec-

trique auquel il adapte le concussor. Les résultats qu'il obtient sont vraiment remarquables, et j'ai pu voir à la clinique quelques malades qui, à la suite d'un traitement fort court, pouvaient déjà parler d'une manière satisfaisante.

PARALYSIE DES MUSCLES ADDUCTEURS DE LA CORDE VOCALE GAUCHE EN OPPOSITION AVEC LA LOI DE SEMON ET NÉVRALGIE DU PLEXUS CERVICAL DU COTÉ DROIT EN RAPPORT AVEC DES CICATRICES ANCIENNES DE LA RÉGION ET CONSÉCUTIVE A UNE ANGINE INFECTIEUSE

Par le Dr **AUGIERAS** (de Laval).

Observation I. — M. N..., employé de bureau, quarante-neuf ans. Antécédents héréditaires : nuls. Antécédents personnels : vers l'âge de onze ans, forte tuméfaction des deux côtés du cou.

Au bout de quelques semaines, un abcès situé au dessus de la partie moyenne de la clavicule droite est ouvert au bistouri par le médecin. La voix avait été belle jusque-là. Peu après l'ouverture de l'abcès, elle devint enrouée et basse. Elle est toujours restée telle depuis. Fièvre intermittente dans l'enfance. Depuis, bonne santé générale.

En septembre 1892, angine aiguë avec forte fièvre et dépression générale des forces; délire. Au bout de trois jours, la fièvre tomba et M. N... entrait en convalescence. Il était très amaigri, et est resté affaibli pendant plusieurs mois au point de ne pouvoir parcourir les trois cents mètres qui séparent son appartement de son bureau sans s'arrêter plusieurs fois.

Pendant l'angine, est apparue une douleur dans l'épaule droite et le cou, sa face latérale droite surtout, avec irradiation à la base de la langue, au voile du palais et à la luette. Elle est constante, diminue par moment et s'exagère pendant la déglutition de la salive. Parfois, sensation de sécheresse ou de chatouillement intra-laryngé.

19 décembre 1893. — C'est pour cette douleur surtout que M. N... vient consulter. Sa voix est éteinte depuis huit jours. Cela se produit de temps en temps, ou à l'occasion d'un refroidissement.

Depuis l'angine, il est arrivé plusieurs fois à M. N..., pendant des rhumes, d'être éveillé par une dyspnée intense, qui le forçait à se

lever et qui cessait au bout d'une heure ou deux. M. N... se plaint de faiblesse générale, de diminution de la mémoire, de dyspepsie, de refroidissement des extrémités, de palpitations (une centaine de pulsations par minute, sans température fébrile).

Sur la face latérale du cou on constate trois cicatrices, deux situées à la région sus-hyoïdienne, en avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien (5^{mm} sur 2^{mm}); une autre dans le triangle sus-claviculaire, immédiatement au dessus de cet os et en avant du bord antérieur du trapèze. Elle est déprimée, adhérente aux tissus mous sous-jacents, large de 3^{cm} sur 2^{cm}. Petits ganglions indurés non douloureux sous les angles du maxillaire inférieur. Léger catarrhe rhino-pharyngé et éperon de la cloison saillant dans la narine droite; deux colonnes de granulations en dedans des piliers postérieurs du voile palatin. Muqueuse laryngée rouge et un peu tuméfiée; cordes vocales grisâtres, L'épiglotte semble déviée vers la droite. La corde vocale gauche, immobile pendant les mouvements du larynx, déborde à peine la bande ventriculaire du même côté, qui est congestionnée, mais pas plus que sa congénère. La corde gauche semble raccourcie et le larynx asymétrique. L'aryténoïde gauche est porté en dehors. Pendant l'inspiration forcée, la corde vocale droite s'écarte fortement de la ligne médiane laissant une large ouverture glottique. Pendant la phonation, elle la dépasse largement, sans cependant arriver au contact complet de la corde gauche toujours immobile en position d'inspiration et dont le bord libre est légèrement concave. Les deux cordes sont sur le même plan horizontal. Des mucosités sont entraînées à travers la glotte pendant les efforts de phonation. Le larynx, le pharynx, le voile du palais sont sensibles au contact.

Il existe donc : 1° une paralysie de la corde vocale gauche en abduction, ayant pour symptôme une dysphonie habituelle et datant de l'enfance; 2° un catarrhe naso-pharyngo-laryngé momentané, compliquant cet état et causant l'aphonie actuelle; 3° une névralgie du plexus cervical avec irradiations dans le domaine du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique; 4° enfin de la neurasthénie.

Traitement. — Toniques; pulvérisations et attouchements du larynx avec solutions astringentes, révulsifs, galvano-cautérisations des végétations pharyngées.

L'état catarrhal s'atténue et la voix redevient ce qu'elle était, basse et enrouée. La corde vocale gauche est toujours immobile, la droite s'en rapproche davantage, grâce, probablement, à la moindre épaisseur de la muqueuse aryténoïdienne. Les sensations douloureuses à la base de la langue et au palais, du côté gauche, ont disparu peu après

la cautérisation des granulations pharyngées. Elles ont persisté à droite, de même que la névralgie cutanée. Une nouvelle cautérisation de la colonne de granulations du côté droit ne donne pas d'amélioration.

Faradisation de la région douloureuse (P — à la nuque, P + promené sur la région cervicale latérale droite et laryngée, puis sur le voile du palais, le palais, la luette, et à l'union des piliers du voile du palais et de la langue. Chaque séance amène une diminution des sensations pénibles qui reparaissent au bout de quelques heures. On remarque que le passage de l'électrode mobile sur les cicatrices supérieures, ou même la simple pression du doigt, exagère les sensations morbides ressenties au voile du palais, à la base de la langue, et que l'application de cette électrode sur la cicatrice sus-claviculaire droite exagère la douleur dans tout le côté droit du cou. Son application en un point limité situé à 2 centimètres au dessus de l'os, immédiatement en avant du bord antérieur du trapèze, amène aussitôt une sensation de chatouillement au larynx et une forte secousse de toux. L'électrisation du point symétrique gauche avec un courant de même intensité est sans effet. Ces cicatrices réagissant à la pression et à l'électrisation comme les points douloureux d'une névralgie, nous localisons la faradisation à chaque séance sur elles, en nous servant d'un courant très faible. La douleur diminue, puis disparaît d'une façon définitive dans le côté droit du cou. Les sensations pénibles à la langue et au voile du palais s'atténuent beaucoup et deviennent intermittentes.

L'état général s'est amélioré notablement. M. N... obtient un congé de quarante jours, en mai 1894, et va le passer dans le Midi. Il est très satisfait de son état et se considère comme guéri. La voix même est plus claire, quoique toujours basse. A son retour, l'aspect de la muqueuse laryngée est normal. La corde gauche est immobile, disparaissant presque complètement sous la bande ventriculaire correspondante pendant l'inspiration forcée, pour apparaître légèrement pendant l'expiration. L'aryténoïde gauche est toujours plus externe que le droit et la corde gauche semble plus courte. On voit nettement, pendant la phonation, la saillie formée par la moitié droite du muscle ary-aryténoïdien, qui se contracte seule, et en particulier celle du faisceau oblique à gauche et en bas. Les deux cordes se placent bien sur le même plan ; et la droite se porte fortement vers la gauche, au contact de laquelle elle n'arrive que d'une façon incomplète, le bord libre de celle-ci restant légèrement concave. Pendant l'émission de la voix de tête, à côté de la corde droite bien

tendue, dont le bord libre rectiligne semble immobile, le bord libre un peu concave de la corde gauche est animé de larges vibrations que l'œil peut suivre et qui démontrent l'insuffisance de sa tension.

Cet état satisfaisant se prolonge pendant la saison chaude.

Novembre 1894. — A la suite d'un refroidissement, les douleurs au côté droit du cou et au voile du palais reparaissent avec un peu d'enrouement. Une crise de dyspnée nocturne intense survient. On reprend le traitement du catarrhe laryngé et les faradisations. Bientôt le malade revient à sa situation antérieure. Des examens laryngoscopiques répétés montrent que l'état de la glotte est demeuré tel qu'il était avant la crise.

Réflexions. — Le début du trouble vocal, pendant le cours d'une double adénite cervicale, rend très probable l'hypothèse d'une altération des filets nerveux moteurs gauches du larynx par suite du voisinage des ganglions enflammés. Si l'on tient compte de ce que l'altération de la voix dure depuis trente-neuf ans sans modification sensible, on doit admettre l'existence d'une lésion arrivée au terme de son évolution et incapable désormais de se modifier spontanément.

L'aspect laryngoscopique démontre clairement une paralysie des muscles adducteurs de la corde vocale gauche, y compris la moitié gauche du muscle ary-aryténoïdien et sans altération du crico-thyroïdien.

Ce fait est en contradiction absolue avec la loi de Semon : « *En cas de lésions des nerfs moteurs du larynx* (récurrent, vague, spinal) *ou de leurs noyaux bulbaires d'origine, si la paralysie n'est pas d'emblée totale, elle est d'abord et peut rester limitée aux muscles abducteurs, tandis que dans les mêmes circonstances elle n'affecte jamais exclusivement les adducteurs* (1). »

A la suite de la première crise de dyspnée dont nous avons vu M. N... être atteint, nous nous sommes demandé s'il n'allait pas rentrer dans cette loi ; si la paralysie n'atteindrait pas à leur tour les muscles abducteurs ? Des examens répétés

(1) Luc. « Les névropathies laryngées », p. 5, 1891.

à longs intervalles nous ont convaincu qu'il n'en était rien. La situation des cordes vocales ne s'est nullement modifiée. La dyspnée a été le résultat de crises de laryngite striduleuse. Leur cause ne réside pas dans la dimension de la glotte, qui favoriserait plutôt la respiration, mais dans l'irritabilité anormale des nerfs sensitifs laryngés.

Nous avons constaté cette irritabilité et signalé ses rapports avec les cicatrices cutanées du côté droit. Il est à noter que le malade n'avait jamais eu de crise de dyspnée, pas plus que de tachycardie, avant le début de la névralgie.

Les troubles nerveux qui dépendent du pneumo-gastrique et du glosso-pharyngien et la névralgie cervicale affectent donc un rapport étiologique à la fois avec l'angine grippale qui a marqué leur début et avec les cicatrices cutanées qui jouent vis-à-vis d'eux le rôle de points algogènes. Ces cicatrices ont exercé pendant trente-huit ans leur action sur les filets nerveux sans que M. N... en ait éprouvé aucune incommodité. Elles ne constituaient qu'une cause prédisposante. Il a fallu qu'une maladie infectieuse vînt altérer profondément la santé générale et déprimer le système nerveux pour déterminer les manifestations névralgiques.

Voici nos conclusions :

1° Il existe une paralysie des muscles du larynx limitée aux adducteurs d'une corde vocale.

2° La moitié du muscle ary-aryténoïdien correspondant à la corde vocale atteinte est paralysée.

3° Les muscles crico-aryténoïdien postérieur et crico-thyroïdien conservent leur action.

4° La corde paralysée reste en position d'inspiration forcée. Elle ne subit, pendant l'expiration ou la phonation, qu'un déplacement à peine sensible vers la ligne médiane.

5° Cette paralysie peut rester limitée aux muscles adducteurs.

6° Les cicatrices d'adénites cervicales créent, dans les nerfs de la région, un état d'imminence morbide, qui peut rester latent un grand nombre d'années, puis, à l'occasion d'une maladie générale infectieuse, se traduire par une névralgie

du plexus cervical avec phénomènes morbides dans le domaine du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique du même côté. Cette névralgie est heureusement influencée par l'électrisation appliquée sur les cicatrices algogènes.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES MANIFESTATIONS LINGUALES DE LA SYPHILIS

Par le Dr **E. de LAVARENNE** (de Luchon).

Il arrive fréquemment que les diverses formes de la syphilis linguale, simples plaques lisses, glossites superficielles et profondes, leucoplasies, gommes, se montrent très rebelles au traitement spécifique. Malgré tous les efforts, on ne peut enrayer la marche de l'affection et c'est à peine si l'on arrive à pallier les poussées successives qui surviennent au cours de son évolution.

Si, dans certains cas, on peut expliquer ce peu d'influence du mercure et de l'iodure de potassium par l'action nocive qu'ils exercent sur le tube digestif, sachant combien l'intégrité des voies digestives est nécessaire au traitement des affections linguales, il en est d'autres où cette raison ne peut être invoquée, soit parce que l'on s'est servi de la voie cutanée pour l'administration du médicament, soit parce que le fonctionnement digestif est absolument normal.

Dans deux cas de glossites, l'un se faisant remarquer surtout par des phénomènes douloureux, l'autre par une hypertrophie considérable de l'organe, j'ai pu constater, grâce à la médication que je vais exposer, de tels résultats, alors que toutes les préparations mercurielles intus et extra avaient échoué, que j'ai cru intéressant de les publier.

Observation I. — Le premier malade auquel je fais allusion était un homme de cinquante-huit ans, qui avait contracté la syphilis à l'âge de vingt-deux ans. Il avait alors suivi, pendant deux ans, un traitement mercuriel intensif, sans jamais prendre d'iodure de potassium. Depuis lors, marié, il a eu un fils qui a toujours été

bien portant, et lui-même n'avait jamais été malade. Il suivait, du reste, les prescriptions d'une hygiène sévère, et n'avait jamais fumé.

A l'âge de cinquante ans, c'est-à-dire vingt-huit ans après son chancre, il commença à éprouver un peu de gêne dans les mouvements de la langue, qui lui semblait et était légèrement augmentée de volume; il s'ensuivit même une petite exulcération au niveau de la première grosse molaire gauche, qui était malade. Cette ulcération disparut après l'avulsion de la dent, mais la langue n'en fut pas moins souvent gênante et même douloureuse. Peu à peu, survinrent des phénomènes plus accentués de glossite, des indurations gommeuses, des fissures, qui évoluèrent lentement en l'espace de plusieurs années. Enfin, la gêne et parfois la douleur devinrent telles, que le malade se décida à consulter son médecin qui diagnostiqua : glossite spécifique. Le traitement par le mercure à l'intérieur et l'iodure de potassium, suivi pendant une année, se montra sans effet; au contraire, l'iodure mal digéré déterminait des poussées congestives douloureuses.

On eut recours alors aux injections intra-musculaires de peptones mercuriques, qui amenèrent une amélioration des plus rapides. Mais, dès que le malade n'était plus soumis à ces injections, peu de jours après, de nouvelles poussées survenaient.

C'est après une troisième série de piqûres au mercure, et au cours d'une rédicive douloureuse qui avait affecté au dernier point le moral de ce malade, que je fus appelé à le soigner.

C'était en juillet 1893. Il fut alors soumis, pendant trente jours, chaque jour à une injection intra-musculaire d'huile biiodurée à 6 milligrammes, concurremment avec la médication sulfurée, générale et locale, par des douches pulvérisées de la langue et, pendant les quinze derniers jours, à 4 grammes d'iodure par jour.

Sous l'influence de cette médication, les accidents aigus cédèrent rapidement, la langue diminua de volume, il n'y eut plus bientôt ni gêne, ni douleur, les fissures se comblèrent en partie et n'apparurent bientôt plus que sous forme de tractus blanchâtres sur une langue présentant par places des plaques lisses, mais de forme et de volume normaux.

Le point intéressant, c'est que le malade s'étant soumis, en 1894, à une cure analogue, n'a pas observé, depuis août 1893, le moindre retour de ces accidents qui, depuis huit ans, évoluaient d'une façon lente mais fatale.

En résumé : aucune action du traitement mercuriel et ioduré; action immédiate mais passagère du traitement par les piqûres de peptone

mercurique; action immédiate et durable des piqûres d'huile biiodurée alliées à la médication sulfurée, ayant permis l'usage de l'iodure de potassium à dose élevée.

La seconde observation est non moins démonstrative que la précédente.

Obs. II. — C'est celle d'un homme de quarante ans, célibataire, qui avait contracté la syphilis à l'âge de vingt-deux ans, mais qui était grand fumeur. Pendant plusieurs années du début de sa syphilis, il avait été sujet aux plaques muqueuses linguales et pharyngées, qui l'avaient forcé à prolonger son traitement. Pendant une dizaine d'années, il avait eu un répit. Mais, depuis cinq ans, il s'apercevait que sa langue s'épaississait, le gênait pour parler. De fait, elle augmentait progressivement de volume, se dépapillait par place, se fissurait peu à peu. Le malade ne s'en inquiétait que fort peu, car il était gêné, mais à proprement parler ne souffrait pas.

Cependant, comme la langue augmentait de volume de plus en plus, que lui-même, en la touchant, en la pressant, sentait *comme des noyaux de cerise*, et que surtout la fumée lui devenait pénible, il se décida à consulter le médecin de la ville qu'il habite, lequel posa de suite le diagnostic.

Bien que l'hygiène de ce malade, surtout au point de vue alimentaire (il était grand buveur de bière), eût été modifiée de suite, bien qu'il eût pris sur lui de cesser de fumer, le traitement par le sublimé et l'iodure de potassium, quoique parfaitement supporté et administré à doses progressivement croissantes, se montra absolument sans effet pendant une année; et il en fut de même des frictions mercurielles.

A la suite de cet insuccès, je le soumis à la médication que j'ai exposée précédemment, à savoir : piqûres d'huile biiodurée, trente piqûres de 4 milligrammes chaque; 4 grammes d'iodure de potassium par jour, après quinze piqûres; médication sulfurée générale et locale par des pulvérisations légères de la langue.

Sous l'influence de cette médication, l'amélioration ne tarda pas à se faire sentir. La langue diminua de volume, devint plus souple, les noyaux d'induration disparurent, les fissures se comblèrent; enfin, l'organe revint à un état aussi satisfaisant que possible, car il est impossible, bien entendu, que le tissu scléreux qui parsème sa langue puisse jamais se résorber.

Depuis lors, c'était en août 1893, j'ai revu le malade à la même époque en 1894, et aucune poussée n'est survenue, bien qu'il se per-

mette de fumer quelque peu. Il est vrai qu'il ne se départit pas de l'antisepsie buccale la plus sévère.

D'après ces deux exemples, sans avoir la prétention de généraliser, je crois qu'il est permis de dire que lorsque, dans des accidents invétérés de la langue, on aura échoué avec les médications spécifiques habituelles, on aura encore quelque chance de réussir avec les injections intra-musculaires d'huile biiodurée, par exemple, qui sont peu douloureuses et sans dangers, car j'ai pu, sans observer le moindre accident, en faire plus de douze cents depuis trois années.

DE L'OTITE MOYENNE AIGUE SUPPURÉE AVEC VOUSSURE DU SECTEUR POSTÉRO-SUPÉRIEUR DU TYMPAN

Par le Dr **ESCAT** (de Toulouse).

J'ai eu l'occasion de relever, dans le courant de l'hiver dernier, sur 14 cas d'otite moyenne aiguë suppurée, quatre observations qui m'ont paru dignes d'attention.

Deux de ces observations ont été recueillies à ma clinique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse (service annexe de la clinique dermatologique de la Faculté), les deux autres dans ma clientèle.

Les symptômes et les signes objectifs que j'ai pu observer dans ces 4 cas et que je vais discuter semblent m'autoriser à considérer ces formes particulières comme des otites aiguës circonscrites, vraisemblablement localisées à la poche tympanique postérieure décrite par Trœltsch.

Je résumerai mes observations, insistant seulement sur les points particulièrement intéressants.

Observation I. — M. P..., vingt-six ans, voyageur de commerce, au dixième jour environ d'un coryza aigu, est pris de surdité subite de l'oreille gauche, et bientôt après de l'oreille droite, avec douleur vive, profonde, pulsatile, céphalalgie intense et insomnie. Pendant quatre nuits consécutives, les symptômes douloureux s'accentuent; puis

l'oreille gauche s'étant mise à couler, les douleurs s'atténuent de ce côté; mais comme elles persistaient à droite, le malade se décide à venir me voir le 13 novembre 1894, cinq jours après l'apparition des troubles auriculaires.

Du côté gauche, l'oreille présente les signes de l'otite moyenne aiguë suppurée avec perforation inférieure. Il souffre peu de cette oreille. Je fais de ce côté un cathétérisme qui refoule quantité de pus dans le conduit.

Puis je pratique l'examen de l'oreille droite, dont l'état est plus intéressant : la montre est seulement entendue au contact.

L'examen otoscopique me montre les lésions suivantes :

La membrane forme une voussure elliptique très bien circonscrite, à grand axe parallèle au manche du marteau.

La circonférence répond en haut à la limite inférieure de la membrane de Schrapnell, en bas au diamètre horizontal de la membrane tendue, en arrière à la portion postéro-supérieure du cadre tympanique, en dedans à la ligne du marteau.

Les autres régions de la membrane présentent une rougeur intense, moins intense cependant que celle du secteur postéro-supérieur; elles ne sont point voussurées. Je me décide à pratiquer la paracentèse.

Attachant peu d'importance à la limitation postéro-supérieure de la phlegmasie, si fréquemment relevée dans les cas d'otite moyenne aiguë, figurée même dans les traités classiques, me préoccupant davantage de créer au pus une issue commode et facile, je pratique une ponction avec le galvanocautère, au lieu d'élection, dans le secteur antéro-inférieur, au dessus du point où devrait siéger le triangle lumineux disparu.

L'orifice circulaire ainsi obtenu, présentant 2 millimètres de diamètre, ne donne issue à aucun liquide; la muqueuse de la caisse, bien vue par l'orifice, se montre très rouge; la voussure postéro-supérieure persiste toujours.

Je pratique l'aspiration avec le Siegle, mais sans résultat.

Je fais un cathétérisme : l'auscultation ne me révèle qu'un bruit de perforation très net, sans le moindre râle.

L'examen otoscopique me montre que le cathétérisme n'a refoulé aucun exsudat dans le conduit.

Tous ces signes me démontraient : 1° l'absence d'épanchement dans la caisse; 2° l'inopportunité de ma paracentèse.

Toutefois, la voussure si nette et toujours persistante du secteur postéro-supérieur plaidait en faveur d'une collection tout au moins enkystée.

C'est ce que me démontra d'ailleurs une deuxième paracentèse à laquelle le malade se décida facilement.

Toujours avec le galvanocautère, je pratiquai une ponction au centre de la voussure décrite plus haut, sans pénétrer profondément pour éviter d'intéresser la chaîne des osselets : je vis sortir alors une gouttelette de pus bien lié.

Persuadé que j'étais en présence d'une suppuration enkystée, j'essayai un deuxième cathétérisme qui donna les mêmes signes que le premier : bruit de perforation expliqué par la première paracentèse, absence de râles, absence de refoulement de pus dans le conduit.

Mais en revanche l'aspiration avec le Siegle fit sortir de ma deuxième paracentèse un flot de pus, et l'évacuation fut immédiatement suivie d'un affaissement presque complet de la voussure.

Je pratiquai un lavage du conduit à l'eau bouillie, que je fis suivre d'une instillation de glycérine bichlorurée à 1/1000.

Le malade continua lui-même les instillations trois fois par jour.

Je renouvelai les lavages et l'aspiration tous les deux jours, ne pratiquant le cathétérisme que pour chasser de la caisse le liquide d'injection qui pénétrait par l'ouverture inférieure. Dès le soir de l'intervention, les douleurs avaient cessé et le malade put dormir.

Huit jours après, la suppuration était tarie et la deuxième ouverture complètement fermée.

La cicatrisation de la première ouverture fut lente à se faire et ne fut complète que trois semaines après.

L'audition, à ce moment, était redevenue normale.

Quant à l'oreille gauche, la guérison s'était faite simultanément.

Obs. II. — M. C..., dix-neuf ans, étudiant en droit, au cours d'un catarrhe aigu des voies respiratoires supérieures, est pris de symptômes d'otite catarrhale aiguë. Il souffre pendant trois jours de son oreille gauche; les accidents paraissent s'amender sous l'influence d'un traitement anodin, institué par son médecin habituel; mais huit jours après, alors qu'il paraissait absolument guéri de son rhume et de son otite, il est repris subitement de surdité gauche et de douleur d'oreille très vive.

Consulté dès le lendemain, 6 décembre 1894, je constate, comme dans l'observation I, les signes objectifs de l'otite moyenne aiguë avec voussure limitée au secteur postéro-supérieur de la membrane.

Cette fois, sans hésiter, après anesthésie par la cocaïne au cinquième, je pratique avec le galvanocautère une ponction sur le centre de la voussure. Il sort du pus par l'orifice.

Je pratique un cathétérisme; mais cette manœuvre ne provoque aucun refoulement de pus dans le conduit; l'auscultation fait entendre un souffle analogue au souffle normal; pas le moindre râle; pas de bruit de perforation.

Lavages à l'eau bouillie et aspiration tous les deux jours; instillation trois fois par jour avec la glycérine bichlorurée.

Revoyant le malade pour la troisième fois, je pratique l'aspiration avec le Siegle; mais ne pouvant parvenir par ce procédé à détacher de l'orifice de la paracentèse un bouchon purulent très épais, j'ai recours à un lavage avec la canule de Hartmann; j'introduis facilement le bec de la canule dans la cavité, mais son excursion est très limitée, et le liquide, reproduisant la voussure, est rapidement rejeté par l'orifice, entraînant le bouchon purulent.

Ce reflux presque immédiat du liquide semble indiquer que la cavité était très limitée; dans les suppurations de la caisse, en effet, comme dans celles de l'attique, il est habituel que quelques secondes s'écoulent entre le début de l'injection et le reflux dans le conduit.

Le douzième jour après la paracentèse, la membrane reprenait son aspect presque normal; l'orifice amoindri persistait encore, mais sans suppuration. La montre était entendue à 10 centimètres.

Je n'ai plus revu ce malade.

Obs. III. — R. J..., soixante-huit ans, se présenta au service otologique de l'Hôtel-Dieu, le 21 décembre 1894, avec les signes objectifs de l'otite moyenne aiguë gauche, localisée au secteur postéro-supérieur, comme dans mes deux premières observations.

Je pratiquai la paracentèse au bistouri, après une anesthésie trop incomplète.

Le malade, par son impatience, gêna mes mouvements, et mon bistouri, au lieu de porter seulement sur le secteur postéro-supérieur, intéressa aussi le secteur postéro-inférieur. Il sortit de l'incision du sang et du pus.

Le cathétérisme, au lieu de rester négatif comme dans les cas précédents, refoula un peu de pus dans le conduit, et grâce à l'auscultation je pus m'assurer que la cavité purulente était en communication avec la caisse : j'en fus averti par le sifflement de la paracentèse et par les râles.

L'affection évolua comme une otite vulgaire et ne présenta plus rien de particulier. Je répétai deux fois par semaine le cathétérisme, et au bout de trois semaines environ le malade était guéri et l'audition en voie d'amélioration.

Faut-il admettre dans ce cas que la collection purulente n'était pas enkystée et intéressait primitivement tout l'étage inférieur de la caisse; ou bien, au contraire, que la cavité purulente primitivement enkystée, comme dans les observations I et II, a été mise en communication avec la grande cavité tympanique par mon incision maladroite? Je serais tenté d'admettre cette dernière hypothèse; toutefois je dois reconnaître que cette observation est loin d'avoir la valeur des précédentes.

Obs. IV. — Mme M. B..., trente-six ans, vient au service otologique de l'Hôtel-Dieu le 11 février 1895, se disant enrhumée depuis le commencement de l'hiver. Elle souffre de l'oreille droite depuis cinq à six jours.

Toute la membrane présente une rougeur intense généralisée. Elle est voussurée dans toute sa moitié sous-ombilicale, mais surtout dans le secteur antéro-inférieur.

Je fais une paracentèse au bistouri au lieu d'élection, dans la région du triangle lumineux ; il sort un peu de pus.

Par le cathétérisme, je refoule dans le conduit des flots de pus qui donnent à l'auscultation quantité de râles.

Lavage du conduit et instillations trois fois par jour à la glycérine phéniquée.

A la consultation suivante, la malade revint très améliorée; l'amélioration progresse pendant quelques jours; mais dix jours environ après, une nouvelle poussée d'otite se déclare.

La malade revient nous voir dès le lendemain, et je constate alors sur le tympan de nouveaux signes d'otite aiguë, mais localisée cette fois au secteur postéro-supérieur fortement voussuré.

Je fais dans cette région une large ponction au bistouri.

Un cathétérisme pratiqué immédiatement après reste négatif comme dans les observations I et II. Il n'y a même pas de bruit de perforation; la première paracentèse était d'ailleurs cicatrisée. L'aspiration au contraire parvient à évacuer la poche purulente.

Le même traitement fut continué et la guérison fut complète après trois pansements.

Loin de moi l'idée de présenter ces quatre exemples particuliers d'otite moyenne aiguë comme des cas absolument rares : je suis plutôt persuadé de leur fréquence, puisque sur quatorze observations d'otite moyenne aiguë suppurée que

j'ai relevées en quelques mois, quatre fois j'ai pu constater cette forme spéciale.

On admet généralement, abstraction faite des lésions de l'attique, que dans l'otite moyenne aiguë suppurée, la perforation se fait de préférence dans le secteur antéro-inférieur, et cette région est considérée avec raison comme le lieu d'élection de la paracentèse.

On voit, en effet, la membrane se voussurer d'elle-même en ce point dans grand nombre de cas; mais on la voit aussi très fréquemment se voussurer et se perforer en tout autre point, dans le secteur postéro-supérieur, par exemple.

Je me demande si une analyse plus attentive des signes objectifs, dans ce dernier cas, ne révélerait pas plus fréquemment l'existence d'une suppuration enkystée.

Cette localisation ne peut être l'effet du hasard. Il semble que chez mes quatre malades, le foyer de suppuration ait été la poche postérieure de Trœltsch située précisément derrière le secteur postéro-supérieur.

Quelques mots de discussion sur le diagnostic.

J'écarte d'abord l'hypothèse d'une suppuration de l'attique; la membrane de Schrapnell n'a paru intéressée dans aucun cas; le foyer était au contraire rétro-apophysaire et sous-apophysaire; la rapidité de la guérison suffirait d'ailleurs pour repousser l'idée d'une suppuration de l'attique bien autrement grave.

La suppuration n'était pas non plus généralisée à tout l'étage inférieur de la caisse comme dans l'otite vulgaire: l'insuccès de ma première paracentèse au lieu d'élection dans l'observation I, celui du cathétérisme qui la suivit prouvent surabondamment l'intégrité d'une partie considérable de l'étage inférieur de la caisse. D'autre part, le cathétérisme pratiqué après la parencentèse du secteur postéro-supérieur dans les observations I, II, et dans la récidive de l'observation IV, ne donnant ni bruit de perforation, ni refoulement de pus dans le conduit, prouve bien que la collection était enkystée.

Un abcès interlamellaire du tympan pourrait peut-être

présenter le même aspect; mais les abcès de la membrane sont rares et ils sont plus souvent secondaires à des affections du conduit propagées de l'extérieur : eczéma, acné, traumatisme, etc... Dans mes 4 observations au contraire l'infection s'est faite par la voie rhino-pharyngée.

La constatation de ces deux faits : 1° que dans l'observation I, le malade a eu simultanément les deux oreilles intéressées et l'une d'elles par une suppuration généralisée à tout l'étage inférieur communiquant avec la trompe; 2° que dans l'observation IV la suppuration enkystée a été secondaire à une suppuration généralisée et s'est déclarée à titre de récidive, nous semble une raison suffisante pour affirmer l'origine pharyngée de la suppuration et écarter l'idée de l'abcès interlamellaire.

Les abcès interlamellaires font d'ailleurs une saillie plus circonscrite et affectent une région quelconque de la membrane; leur paroi externe extrêmement mince permet de voir le pus par transparence; la réaction est moins vive, les symptômes subjectifs moins intenses, l'audition surtout peu compromise.

Au contraire, dans les observations précédentes la paracentèse montra la paroi externe de la collection très épaisse, paraissant comprendre toutes les couches du tympan; les symptômes eurent une intensité en tout comparable à celle de l'otite moyenne aiguë généralisée à l'étage inférieur; la montre enfin, avant l'évacuation du pus et les jours suivants, n'était entendue qu'au contact.

De l'avis de M. Gellé, il n'y a d'ailleurs rien de comparable entre l'otite suppurée et les petits abcès interlamellaires.

Un dernier point reste à élucider : si nous admettons le siège rétro-tympanique de la cavité suppurée, comment pouvons-nous expliquer son enkystement en dedans du secteur postéro-supérieur?

L'anatomie topographique pourrait peut-être nous en donner la raison.

Le secteur postéro-supérieur répond en effet à la *poche postérieure de Trœltsch;* cette poche, comme l'antérieure

dont nous n'avons pas à nous occuper, est une dépendance de l'étage tympanique inférieur.

Elle a la forme d'un gousset aplati de dedans en dehors.

Elle est formée : en dehors, par le secteur postéro-supérieur du tympan proprement dit ; en dedans, par un repli muqueux de forme semi-lunaire contenant dans son épaisseur une lame fibreuse émanée du tympan, sur son bord libre la corde du tympan et un rameau de l'artère stylo-mastoïdienne.

Le bord supérieur convexe du repli répond au cadre tympanique et limite le fond de la poche.

Son bord inférieur concave qui renferme la corde comme un *méso* limite en arrière l'orifice de la poche qui regarde en bas et un peu en avant.

Tout me porte à croire que dans les cas d'otite suppurée avec voussure du secteur postéro-supérieur cette poche est le siège de la suppuration.

Une première poussée aiguë simplement catarrhale (Obs. II) ou purulente (Obs. IV) généralisée peut provoquer une adhérence du repli postérieur à la face postérieure du tympan et fermer la poche ainsi isolée du reste de la caisse.

Des adhérences semblables peuvent également l'isoler de la cavité de Prussak avec laquelle elle communique en avant.

La région postéro-supérieure de la caisse contient, il est vrai, d'autres replis muqueux, entre autres un repli soulevé par la courte apophyse de l'enclume et qui forme en arrière de la poche tympanique postérieure une deuxième cavité décrite par Schwalbe sous le nom de *poche postérieure de l'enclume*.

Ne voulant pas nous engager dans un diagnostic trop subtil, nous nous contenterons de faire ressortir les dispositions anatomiques spéciales de cette région de la caisse traversée par la partie inférieure de la chaîne des osselets et où le rapprochement des surfaces et des brides muqueuses favorise les adhérences et pourrait expliquer l'enkystement des suppurations en dedans du secteur postéro-supérieur du tympan.

Des quatre faits observés et de la discussion qui précède je crois pouvoir dégager les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme circonscrite d'otite moyenne aiguë suppurée, isolée de l'attique et de la plus grande partie de l'étage inférieur de la caisse.

2° Cette otite semble enkystée dans la poche postérieure de Trœltsch, ou tout au moins entre les replis muqueux situés en arrière de cette poche.

3° Elle est caractérisée au point de vue clinique par une voussure limitée au secteur postéro-supérieur du tympan.

4° Le cathétérisme fait après la paracentèse montre que la cavité est sans communication avec les autres départements de la caisse.

5° Le pronostic est aussi favorable que celui des suppurations généralisées à l'étage inférieur.

6° Le traitement comprendra : 1° la paracentèse dans le secteur postéro-supérieur ; 2° l'aspiration avec le spéculum de Siegle ; 3° le pansement antiseptique et l'occlusion du méat à la ouate stérilisée par le procédé de Lermoyez.

STATISTIQUE DE L'AUDITION DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES DE L'ARRONDISSEMENT DE SAINT-JEAN D'ANGÉLY.

Par le Dr **JOUSLAIN** (de Paris).

L'essai de statistique de l'audition dont j'ai l'honneur de vous entretenir a, par lui-même, un intérêt que nul, mieux que vous, ne peut comprendre.

Etant donné que la surdité de l'enfance est, en majeure partie, sous la dépendance d'un état maladif du pharynx, il est de notre devoir de rechercher, par tous les moyens, les enfants qui sont atteints de surdité, afin de les traiter et de les guérir.

Le moyen le plus simple de se faire une idée de l'état de l'audition dans l'enfance est certainement celui qui consiste

à examiner les enfants des écoles. On peut ainsi réunir un grand nombre d'observations, pour une région déterminée, et y trouver des renseignements utiles au point de vue de la statistique, au point de vue de l'hygiène, au point de vue du traitement à faire.

Je suis d'autant plus heureux de parler de cette question devant vous, que M. Moure, notre éminent président, s'en est déjà occupé pour la ville de Bordeaux, sur un nombre de près de quatre mille enfants. M. Gellé s'en est aussi occupé, pour Paris, comme médecin des écoles, sur un nombre de quinze à dix-huit cents, je crois. Ils ont trouvé : le premier 17 °/₀, le deuxième 22 ou 25 °/₀ de surdités relatives. L'année dernière, j'ai entendu, à la Société de Médecine publique et d'Hygiène, la lecture d'un mémoire du Dr Saint-Hilaire portant sur six cents enfants d'écoles dont il est le médecin. En dehors de ces recherches, je n'en connais pas d'autres en France, et il me semble que plus que jamais le moment est venu de s'occuper de cette question.

Sous l'influence de cette préoccupation, j'eus l'idée, au commencement de 1894, de faire, à Paris, une statistique de l'audition dans les écoles communales du IIIe arrondissement. Des relations personnelles avec les autorités les mieux placées pour me faciliter mes recherches m'avaient fait choisir cet arrondissement. Je dus aussi solliciter l'autorisation du directeur de l'enseignement et celle du préfet de la Seine et, pour gagner du temps, je demandai audience à ces fonctionnaires, qui me répondirent avec ensemble qu'ils ne pouvaient autoriser ma demande. En principe, m'ont-ils dit, nul ne peut pénétrer dans nos écoles s'il n'est officiellement muni d'un titre comme celui de médecin-inspecteur, délégué cantonal, etc. De semblables recherches ont été souvent demandées par des médecins, surtout des oculistes, et la seule solution que nous ayons pu leur indiquer a été de s'entendre avec les médecins des écoles qui, alors, auraient pris toutes les responsabilités.

Devant cet accueil, je renonçai à donner suite à mon projet.

Me trouvant, pendant les vacances du mois d'août et de septembre, dans ma ville natale où, là, toutes les difficultés rencontrées à Paris n'existaient plus, où, même, j'étais sûr de trouver partout aide et bienveillance, je repris mon idée, mais je me heurtai à une difficulté nouvelle et imprévue. A cette époque de l'année où, moi, je suis libre, les enfants le sont aussi, et les écoles sont vides. Je ne pus donc utiliser ma présence et faire, par moi-même, des recherches.

C'est alors que je pensai à faire un essai et à utiliser la bonne volonté des instituteurs et des institutrices en leur donnant le moyen de faire eux-mêmes l'enquête.

Pour cela, je choisis un moyen pratique, un seul signe, *l'audition de la montre*.

Après autorisation de l'inspecteur d'académie, entente avec l'inspecteur primaire, je choisis à Saint-Jean d'Angély un instituteur qui voulut bien se charger, une fois la rentrée faite, de tous les détails de l'affaire.

Une lettre imprimée, motivant les recherches et contenant une instruction détaillée, fut envoyée à chaque instituteur et à chaque institutrice. Une ou plusieurs feuilles d'inscription pour y noter les résultats de l'épreuve, une enveloppe timbrée pour me les retourner sans frais, s'y trouvaient aussi.

Voici bientôt six mois que cette enquête est commencée et on peut la regarder comme finie à l'heure qu'il est. Je puis donc la clore et vous en donner succinctement les résultats.

L'arrondissement de Saint-Jean d'Angély contient 120 communes et 7 cantons.

Les 7 cantons sont bien représentés dans mon travail, mais, sur les 120 communes, 46 seulement ont envoyé des bulletins de statistique.

Le total des enfants examinés, de cinq à quinze ans, est de 2,072.

Les enfants atteints de *surdités fortes*, c'est-à-dire n'entendant la montre que de 0 à 50 centimètres, ont été de 257 en moyenne, et ceux atteints de *surdités faibles*, c'est-à-dire

entendant la montre entre 50 centimètres et un mètre, ont été de 394 en moyenne.

En tant pour cent, ce serait donc 10 °/₀ de surdités fortes et 19 °/₀ de surdités faibles.

J'aurais pu m'étendre davantage et tirer de ce travail des conclusions plus variées relativement aux sexes, aux oreilles droites et gauches, à l'âge, etc... Je ne l'ai pas fait parce que j'ai reconnu de nombreuses causes d'erreur parmi les épreuves faites.

La diversité des montres qui ont servi a été la principale cause d'erreur. Il a suffi de deux écoles assez nombreuses, où l'épreuve, de l'aveu des auteurs, a été faite avec une montre trop faible, pour me donner un résultat au dessous des autres points de comparaison et fausser tout le travail.

En somme, je crois qu'étant données les difficultés des enquêtes détaillées faites par le médecin lui-même, on pourrait, avec certaines précautions, retirer d'un terme de comparaison unique, comme celui dont je me suis servi, des renseignements fort utiles, par l'intermédiaire des instituteurs. J'ai remarqué que ces derniers s'intéressaient à ces recherches et mettaient beaucoup de bonne volonté à s'en occuper.

En résumé, avec : 1° la direction, sur les lieux mêmes, du médecin s'occupant de l'enquête; 2° des types de montre ou d'acoumètre de même intensité en nombre suffisant pour examiner l'audition des enfants; 3° une note détaillée des instructions à suivre, on pourrait, en peu de temps, deux à trois mois, avoir, sur tout un arrondissement, c'est-à-dire cinq à six mille enfants, des renseignements du plus haut intérêt.

L'amélioration de l'hygiène dans les écoles et la diminution de la surdité en seraient aussi la conséquence.

Ci-joint copie de l'instruction transmise aux instituteurs :

ÉPREUVE DE LA MONTRE :

1° Faire subir cette épreuve dans un lieu clos, calme et silencieux. — 2° Se servir d'une montre à bruit un peu fort, et la même pour

toute la série d'enfants à examiner. — 3° Placer la montre à l'entrée du conduit pour bien faire entendre son bruit, et l'éloigner peu à peu, jusqu'à ce qu'on ne l'entende plus. Se servir d'un mètre rigide pour mesurer la distance. — 4° Comme *notation*, la montre peut : n'être pas entendue, c'est *zéro, O;* n'être entendue qu'au contact, *contact;* être entendue à une distance de 1 centimètre à 1 mètre. Il est inutile d'aller plus loin qu'un mètre, quoique la portée auditive fine puisse être de plusieurs mètres. — 5° Il est convenu que le point de départ de la surdité est de 50 centimètres, c'est-à-dire que toute oreille entendant la montre au dessous de cette distance est atteinte de surdité. — 6° La feuille d'observations contient quatre colonnes : une pour les noms et prénoms, l'autre pour l'âge, les deux autres pour y inscrire la distance auditive des oreilles droite et gauche : O. D , O. G.

REMARQUES SUR LA PHARYNGITE SÈCHE

Par le Dr **G. DANET**

Le catarrhe chronique du pharynx nasal et buccal est une affection bien commune dans notre population ouvrière et aussi chez nos orateurs, nos prêtres et nos chanteurs.

C'est une affection mal connue ; son étiologie est souvent obscure, sa marche n'est pas régulière, son évolution n'est pas la même chez les différents individus. Quant au traitement capable d'arrêter ses progrès, d'enrayer le mal complètement, il est encore à trouver.

Dans ce petit travail, nous n'apportons malheureusement pas grande lumière sur cette maladie, nous nous contentons de raconter quelques faits cliniques susceptibles d'intéresser un peu les spécialistes.

Depuis quelques semaines, nous avons l'occasion de traiter à notre clinique une série d'individus atteints d'affections du pharynx présentant un symptôme commun : une sécheresse extrême de la muqueuse. Ces individus exercent la même profession : ils sont employés dans un grand magasin de nouveautés de Paris, et par conséquent exposés à respirer constamment des poussières de drap. Ils accusent une

sensation très désagréable de sécheresse dans la gorge; ils ont dans l'arrière-nez une sensation de corps étranger et tâchent, souvent en vain, de s'en débarrasser soit par des efforts de raclement, soit en se mouchant, soit par de brusques mouvements d'inspiration. A la suite de ces efforts, ils arrivent quelquefois à cracher des mucosités visqueuses ou des croûtes noirâtres. Le plus souvent, ces mucosités s'accumulent dans l'arrière-nez, où elles se corrompent rapidement et rendent l'haleine fétide. C'est cette dernière infirmité qui décide souvent le malade à consulter un médecin.

Nous examinons le pharynx de ces malades et nous constatons que la muqueuse est sèche, comme recouverte d'un vernis. Bien que cette apparence de sécheresse soit commune à tous ces malades, la muqueuse pharyngée n'a pas le même aspect chez tous. Chez l'un, la muqueuse est amincie, rouge, très hypérémiée, saignante presque; chez un autre, elle est rosée; chez un troisième, elle présente un aspect remarquablement pâle, elle peut avoir la blancheur de la peau. L'une est parsemée de croûtes noirâtres adhérentes, l'autre recouverte d'une couche mince d'une sécrétion visqueuse, d'une consistance analogue à celle d'une solution de gomme; la rhinoscopie postérieure nous montre parfois des traînées de mucus grisâtre, des pelotons compacts muco-purulents, arrêtés au niveau de l'amygdale pharyngienne ou de la bourse de Luschka, assez volumineux et adhérents pour produire de la gêne de la respiration.

Décrivons brièvemnte deux cas assez différents l'un de l'autre et que nous avons eus dernièrement sous les yeux :

Observation I. — M. T.. est âgé de vingt-sept ans; il est employé dans un grand magasin depuis trois ans. Dans sa première jeunesse, il a eu la rougeole, la scarlatine, de fréquentes bronchites; il était sujet aux angines et aux laryngites. Depuis qu'il est employé, me dit-il, il a un enrouement assez prononcé; cet enrouement augmente pendant l'hiver. Le malade ne souffre pas; il éprouve seulement de la sécheresse de la gorge, et cela depuis le début de l'affec-

tion; il a la sensation d'un corps étranger derrière le nez, il crache difficilement des mucosités visqueuses. Il a souvent des rhumes de cerveau, fréquemment des migraines; il n'a pas de troubles de l'audition.

L'état général est satisfaisant; il a maigri cependant, le facies est un peu pâle.

Aujourd'hui, l'enrouement est très prononcé. Nous examinons la gorge du malade et nous constatons que la muqueuse pharyngée est hypérémiée; elle n'est pas amincie, mais elle est très sèche, lisse et vernissée, parsemée de croûtes noirâtres adhérentes. Par la rhinoscopie postérieure, nous constatons dans l'arrière-nez la présence d'un peloton muco-purulent assez volumineux. L'amygdale pharyngienne n'est pas hypertrophiée. En examinant le larynx, nous constatons de la rougeur et de la sécheresse de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques; les aryténoïdes présentent le même aspect; enfin rougeur très accusée des cordes vocales inférieures, principalement de la gauche, qui a une teinte sanglante. Ces cordes vocales sont dépolies et sèches comme la muqueuse du pharynx. De temps en temps, de petites mucosités blanches apparaissent entre les cordes vocales, qui provoquent du hemmage.

Du côté du nez, nous constatons l'hypertrophie des cornets inférieurs; la muqueuse semble très peu altérée.

L'haleine de ce malade est fétide : c'est une odeur fade peu semblable à l'odeur de l'ozène.

Obs. II. — M. T... est âgé de trente-trois ans; il est employé au même magasin depuis cinq ans. Il n'a pas eu de fièvres éruptives, ni de grandes maladies dans sa première jeunesse. Depuis huit ans, il a une conjonctivite granuleuse. Il est sujet aux rhumes de cerveau. Depuis deux ans et demi, il éprouve de la sécheresse de la gorge, il mouche très peu. (Il a trouvé un remède très simple à ces désagréments : sur le conseil d'un ami, il s'est mis à priser ; le tabac le fait, paraît-il, moucher et cracher !)

A l'examen de la gorge, nous constatons que la muqueuse pharyngée est sèche et hypérémiée; la rougeur est moins vive chez ce second malade; çà et là quelques croûtes noirâtres et quelques grains de tabac apparaissent. Du côté du larynx, les aryténoïdes seulement sont un peu congestionnés. Les cornets moyens et inférieurs du nez sont très hypertrophiés, la muqueuse est d'un rouge vif. L'haleine du malade est fétide.

Voici donc deux malades accusant la même sensation de sécheresse dans la gorge, chez lesquels l'affection n'a pas la même allure.

Chez le premier, l'affection a envahi le larynx et elle est peu accentuée du côté du nez ; chez le second, l'affection s'est arrêtée aux aryténoïdes et s'est cantonnée dans le nez et le pharynx, respectant une grande partie du larynx.

Nous croyons qu'il faut attribuer à l'aspiration des poussières de drap l'origine de ces pharyngites sèches. Ces poussières peuvent exercer sur cette muqueuse d'autant mieux leur action fâcheuse, qu'il est plus difficile de les éliminer là que partout ailleurs. On ne peut, ni en se mouchant, ni en faisant des efforts de raclement, ni en se gargarisant, procéder à un nettoyage complet du pharynx nasal.

Cependant nous n'incriminerons pas complètement l'action de ces poussières ; nous croyons qu'elle a déterminé l'affection chez des individus prédisposés par une délicatesse particulière de ces organes. Nous voyons, en effet, dans nos deux observations que le malade sujet aux angines et aux laryngites a le larynx particulièrement atteint ; le second au contraire, atteint d'une affection du nez bien antérieure, se plaint surtout de la sécheresse de cet organe.

Dans ces cas de pharyngite sèche, on constate la plupart du temps des lésions, soit du côté des fosses nasales, soit du côté du larynx même jusqu'à la trachée. Il est souvent difficile de préciser où la lésion a débuté. Il est logique de croire que les organes les premiers atteints par les substances irritantes sont les premiers malades ; cependant, des symptômes peuvent se montrer simultanément dans les trois régions du nez, du pharynx et du larynx.

L'évolution de cette maladie est bien difficile à surveiller ; le début en échappe souvent parce que le malade consulte seulement quand l'affection a pris un caractère vraiment intolérable.

Débute-t-elle par une hypertrophie de la muqueuse, une hypersécrétion des glandes, ou le catarrhe peut-il être atrophique d'emblée ? D'après Moldenhauer, il est difficile

d'admettre, pour le pharynx comme pour le nez, que la muqueuse hypertrophiée revienne à l'état normal, puis rétrocède au point de faire place à un état atrophique. Cependant la plupart des malades interrogés racontent qu'autrefois ils mouchaient et crachaient abondamment, ce qui prouverait qu'il y aurait eu hypersécrétion des glandes précédant la sécheresse actuelle. Je dois dire cependant que les deux malades qui nous occupent m'ont affirmé que leur affection a débuté d'emblée par la sécheresse des muqueuses qui les incommode tant aujourd'hui.

Nous ne reviendrons pas sur les symptômes si souvent décrits du catarrhe chronique du pharynx ; rappelons seulement que la durée en est presque illimitée. Si la lésion a envahi le larynx, le pronostic est assez sombre pour l'avenir, car la muqueuse ainsi altérée est un terrain tout préparé pour le bacille de Koch.

Quant au traitement, il n'est généralement que palliatif. Les malades éprouveront le plus de soulagement dans une atmosphère humide ; le séjour aux bords de la mer leur sera utile. Ils pourront se procurer un soulagement momentané s'ils peuvent arriver à projeter dans leur pharynx nasal un peu de salive accumulée sur le dos de la langue. Les badigeonnages avec la glycérine iodée leur rendront des services.

Nous sommes satisfait d'une préparation que nous empruntons à notre ami le Dr Blanc, préparation à laquelle nous ajoutons quelques gouttes de teinture d'aloès. En voici la formule :

Glycérine..............	30 grammes.
Teinture d'iode..........	30 centigrammes.
Acide phénique.........	25 —
Teinture d'aloès........	50 —
Laudanum.............	x gouttes.

Bien entendu, le malade devra se soustraire aux causes qui ont pu provoquer son affection.

OBSERVATIONS SUR QUELQUES COMPLICATIONS DES EMPYÈMES DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr **GUICHARD** (de Nîmes).

Le sinus maxillaire a été, depuis ces dernières années, l'objet de nombreux mémoires; mais les observations que nous avons l'honneur de vous présenter ont rapport à des cas assez rares, et nous avons cru intéressant de les signaler :

Mlle R..., âgée de trente-deux ans, demeurant à Nîmes, a toujours eu une dentition très mauvaise; depuis de longues années souffre de fréquents rhumes de cerveau, surtout en hiver.

Dans les premiers jours de décembre 1893, elle remarque qu'elle mouche davantage du côté droit et en même temps s'aperçoit d'une odeur fétide dans le nez. Préoccupée de la persistance de cet écoulement nasal et surtout inquiète de la mauvaise odeur qu'elle ressent, elle se décide, dans le milieu de janvier, à voir un médecin; celui-ci prescrit un traitement général, qui demeure sans résultat. Des troubles oculaires s'étant manifestés, le 28 janvier 1894 on fit appeler le Dr Crouzet. Voici la note qu'il a bien voulu mettre à ma disposition :

« La malade présente de l'exorbitisme de l'œil droit; l'œil paraît projeté directement en avant, mais le chémosis de la conjonctive bulbaire n'existe qu'à la partie inférieure et le gonflement n'existe aussi qu'à la paupière inférieure. La vision est à peu près complètement abolie. La partie située en dehors du sillon naso-génien est douloureuse à la pression. Une ponction pratiquée dans la cavité orbitaire, entre la paroi et la face inférieure du globe, donne, à 3 centimètres de profondeur environ, une sensation d'os dénudé de son périoste et laisse sourdre quelques gouttes de pus mélangé à du sang. »

Le Dr Crouzet, pensant que ces troubles oculaires étaient sous l'influence d'une affection du nez, m'adresse la malade.

29 janvier 1894. — L'examen rhinoscopique permet de constater une hypertrophie du cornet moyen droit; en même temps on aperçoit une grande quantité de pus dans le méat moyen droit.

On observe sur le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur droit quatre racines de molaires baignées de pus, et à la place de la première prémolaire il existe une dépression de laquelle on voit sourdre du pus.

Après avoir fait extraire les quatre chicots, on perfore l'alvéole de la première molaire et on arrive très facilement dans le sinus. Une injection immédiatement pratiquée fait sortir par le nez une grande

quantité de pus très fétide. Des injections antiseptiques sont faites trois fois par jour. Sur l'œil on applique simplement des compresses d'eau boriquée.

2 février. — L'amélioration de la vision est très manifeste, le gonflement de la paupière inférieure est diminué, les injections dans l'antre ramènent toujours du pus par le nez.

11 février. — L'œil est complètement guéri et la vision revenue à l'état normal. A la suite des injections, il ne sort qu'un peu de pus.

5 mars. — La sécrétion est tarie et nous considérons la malade comme guérie. Le traitement est supprimé.

Ces jours derniers, nous avons eu l'occasion de revoir Mlle R..., qui, depuis cette époque, n'a plus rien ressenti de son ancienne affection.

Obs. II. — Mme L..., trente-deux ans; père mort d'une pneumonie à soixante-trois ans; mère morte tuberculeuse à cinquante-huit ans. Cette dame vint me trouver il y a un an environ pour des polypes des fosses nasales. Ces tumeurs furent enlevées en huit séances au serre-nœud. La malade se trouvant mieux ne revint plus.

Le 20 février dernier, Mme L... me fut de nouveau adressée par notre confrère le Dr Galtier. Elle nous raconte que depuis le commencement de l'hiver elle est continuellement enrhumée du cerveau et que depuis hier ce qu'elle mouche exhale une mauvaise odeur qu'elle ressent elle-même; depuis huit jours elle souffre de l'œil droit.

État actuel. — Le 20 février, on constate une tuméfaction considérable de la partie droite de la face, surtout de la région malaire. La paupière inférieure est tuméfiée et rouge. La conjonctive est hyperémiée; toutefois la vision est normale. La dentition est très bonne; la malade n'a jamais souffert des dents.

A l'examen rhinoscopique, on trouve la fosse nasale droite remplie de polypes que nous enlevons à l'anse froide.

Le 25 février, une ponction exploratrice du sinus donne issue à du pus. Après avoir fait extraire la première molaire par un dentiste, on perfore l'alvéole, on pratique aussitôt une injection qui ramène beaucoup de pus. Quatre jours après, les troubles de l'œil avaient disparu. Les injections furent continuées jusqu'à fin mars, époque à laquelle nous avons considéré la malade comme guérie.

Les deux observations qui suivent nous ont paru également intéressantes. Les sujets de ces observations furent d'abord soignés par mon excellent confrère le Dr Lafont qui a bien voulu me donner l'histoire complète de ces deux malades.

Obs. III. — Mlle G..., trente-deux ans, se plaignait, dans les premiers mois de 1892, de troubles dyspeptiques nombreux : anorexie, douleurs stomacales survenant en moyenne deux heures après les repas, pyrosis, constipation opiniâtre, mauvais goût dans la bouche presque constant, mais plus intense au moment du réveil.

La malade éprouvait aussi dans le courant de la journée des palpitations intenses, une dyspnée considérable au moindre effort, sensation de faiblesse constante, céphalée persistante, mais augmentée les jours humides et froids ; douleur précordiale, s'irradiant dans l'épaule gauche, surtout marquée après une journée de travail ; douleurs dans la région lombaire, impuissance de travail, idées tristes.

Hypermétropie assez considérable, la malade paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Règles normales, un peu pâles. Pas d'antécédents pathologiques. Arthritisme et artério-sclérose chez ses parents beaucoup plus âgés qu'elle.

A l'examen, pas de dilatation stomacale appréciable, léger claquement aortique, souffle anémique aux carotides. Rien dans les urines.

Le traitement institué par le Dr Lafont consiste en alcalins, antiseptiques intestinaux et noix vomique, associés aux frictions sèches. Il semble d'abord se produire une légère amélioration. Le ballonnement est moindre, le souffle anémique diminue d'intensité. Néanmoins, les troubles dyspeptiques persistent encore et surtout la douleur précordiale, la douleur lombaire, l'impression de faiblesse et surtout le mauvais goût qui semble encore augmenté et s'accompagne d'odeur excessivement fétide et particulièrement pénible à la malade.

En novembre, se produit, un soir, sans aucun prodrome, une forte crise, débutant par une vraie douleur d'angine de poitrine, irradiée au bras, qui s'accompagne de perte de connaissance avec un vrai râle trachéal. Irrégularité de la respiration, qui semble prendre le type de Cheynes Stokes, pendant que le cœur, complètement affolé, passe presque sans transition de la plus grande lenteur, 50 pulsations, à 150 et plus, retombant encore et se relevant, sans que rien expliquât la brusquerie déconcertante de ces variations. La malade revient lentement à elle, mais conserve une hébétude et un anéantissement profond qui dure plusieurs jours.

Sur le conseil du Dr Lafont, la malade va voir M. le Prof. Grasset, qui lui fait suivre un traitement bromo-ioduré.

L'amélioration par le traitement bromo-ioduré *à faible dose* complété par le fer et les toniques fut plus marquée qu'après la médication stomacale, précédemment employée. Toutefois l'anorexie, les odeurs fétides, la faiblesse demeuraient aussi intenses. Les douleurs précordiales et rénales se produisaient encore très fréquentes, et la

malade désespérait de sa guérison, quand un jour elle se plaignit d'une façon tout à fait incidente de se moucher encore, trouvant même ce défaut à la médication iodurée d'augmenter la sécrétion nasale, déjà bien intense, « sans l'éclaircir », disait-elle. Frappé de ce fait et sous le souvenir d'un fait récent, le Dr Lafont me l'adressa.

Avril 1893. — J'examine la malade et, à l'examen rhinoscopique, je trouve un peu de pus dans les deux méats moyens. La dentition est très mauvaise. Les molaires sont cassées ou arrachées. Je pratique une ponction exploratrice dans les deux sinus, qui me permet de retirer du pus par les deux fosses nasales.

Deux jours plus tard, je pratique l'ouverture des sinus par la méthode de Cooper et au bout d'une quinzaine de jours, une amélioration sensible s'était produite dans l'état général de cette malade, bien que tout traitement ait été supprimé. Le lavage des sinus dura deux mois environ et au bout de ce temps, la sécrétion fut complètement tarie, et n'a plus reparu depuis cette époque. En même temps tous les troubles généraux disparurent, l'appétit et les forces revinrent très rapidement; depuis, la malade n'a plus souffert d'aucun accident et a pu reprendre ses occupations habituelles.

Obs. IV. — Mme Marie E..., âgée de trente-six ans; pas d'antécédents morbides, si ce n'est une dentition mauvaise dont le commencement remonte à cinq ans. Depuis cette époque, elle a souffert des dents à différentes reprises. A la suite de ces douleurs dentaires, elle a fait extraire sept dents appartenant aux maxillaires supérieurs droit et gauche. La deuxième prémolaire et la première molaire supérieure droites manquent. Les deux prémolaires et la première molaire gauches ont été arrachées.

La malade raconte que depuis trois ans, elle est sujette à de violentes douleurs névralgiques trifaciales intermittentes se portant tantôt sur une branche, tantôt sur l'autre, pour s'irradier sur toute la tête.

Le 10 février 1895, Mme E... demande conseil au Dr Lafont pour une série de troubles dyspeptiques peu nets et qui reproduisent en partie ceux de l'observation précédente. Les digestions sont longues, les aliments, quels qu'ils soient, pèsent à l'estomac. Eructations nombreuses avec pyrosis, douleur épigastrique, constipation. En même temps, vertiges et nervosité extrême. Traitement par les alcalins.

17 février. — Amélioration de la douleur, mais le dégoût est toujours considérable et la bouche toujours mauvaise. Les vertiges continuent, quoique un peu diminués.

Le fer ajouté au régime précédent, ne donne pas grand'chose.

Le 30 mars, le Dr Lafont m'adresse la malade. Ponction exploratrice qui donne du pus des deux côtés.

2 avril. — Ouverture des maxillaires des deux côtés, lavages antiseptiques. Depuis cette époque, les troubles dyspeptiques ont complètement disparu, la malade ne souffre plus de vertiges. Comme, à chaque lavage, il sort encore un peu de pus, je lui fais continuer son traitement. J'ajoute que depuis l'ouverture du sinus tout traitement interne a été supprimé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU LUPUS PSEUDO-POLYPEUX DES FOSSES NASALES

Par le Dr **SIMONIN** (de Limoges).

De toutes les muqueuses relevant de la pathologie spéciale, la muqueuse des fosses nasales, d'après Cozzolino, serait celle qui présenterait le plus souvent des lésions tuberculeuses. Il nous semble que Cozzolino, en émettant cette opinion, est tombé dans une exagération trop manifeste et qu'il a négligé les lésions tuberculeuses du larynx, organe dont la situation est éminemment favorable à l'inoculation primitive ou à l'infection secondaire. Il n'en est pas moins vrai que la tuberculose nasale est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait, il y a quelques années à peine, parce qu'elle est mieux connue, que l'on observe plus souvent la pituitaire des sujets tuberculeux, et parce que l'histologie et la bactériologie confirment aujourd'hui des diagnostics autrefois hésitants.

Il ne rentre pas dans le cadre de cet article de démontrer l'identité de la tuberculose et du lupus. Bien que l'accord ne soit pas encore parfait entre les dermatologistes, il nous semble que la théorie de MM. Besnier, Leloir, Cornil, Unna, etc..., s'appuie sur des preuves trop solides tirées de la clinique, de l'histologie et de la bactériologie, pour ne pas rallier tôt ou tard l'opinion unanime des auteurs.

On rencontre donc sur la muqueuse nasale des lésions qui, bien que présentant des différences sensibles dans leur

évolution, leurs symptômes et leur marche, n'en ont pas moins la même origine, et n'en reconnaissent pas moins la même cause : le bacille tuberculeux.

Nous laisserons de côté tout ce qui a trait à la tuberculose nasale proprement dite pour ne nous occuper que du lupus, c'est-à-dire de cette forme chronique, à marche lente, à bacilles rares, dont la virulence pour ainsi dire latente se trouve fort atténuée, rendant le pronostic moins sombre et la guérison plus facile.

On nous demandera peut-être quelle est la limite exacte entre la tuberculose et le lupus. Nous devons avouer qu'il est parfois difficile de dire où le lupus finit, où la tuberculose commence; et cette difficulté est d'autant plus grande que parmi les formes que revêt la tuberculose nasale, il en existe une qui, par la similitude de ses lésions hypertrophiques, végétantes, par la timidité de son allure et la lenteur de sa marche, constitue une sorte de transition entre le lupus et la véritable tuberculose nasale.

En présence de lésions de la pituitaire dues manifestement au bacille de Koch, certains auteurs se sont fondés sur l'absence de lésions cutanées pour nier la nature lupique de la lésion nasale.

En 1887, Max Schæffer, rapportant six cas de tumeurs de la cloison cartilagineuse où l'examen histologique avait démontré l'existence de tubercules et de bacilles, chez des individus ne présentant aucune trace de lésions cutanées, en conclut qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses. Nous avons le droit de nous étonner de ce que Schæffer, qui devait connaître les travaux de Moinel et de Cozzolino sur le lupus primitif des fosses nasales, ait cru pouvoir émettre une pareille théorie, combattue d'ailleurs par Bresgen qui soutint, lui, que le lupus du visage n'était, en règle générale, que l'extension du lupus d'une muqueuse.

Si l'on pouvait d'ailleurs conserver quelque doute sur l'existence du lupus primitif des fosses nasales, il suffirait, pour le voir disparaître, de lire la thèse de Raulin sur ce sujet.

Si nous insistons un peu longuement sur ce point, ce

n'est pas tant pour nous élever contre une opinion soutenue encore par de brillants rhinologues étrangers, opinion que la clinique ne peut ratifier, pas plus que l'anatomie pathologique ne la justifie, mais plutôt pour montrer la difficulté que l'on éprouvera souvent à affirmer la nature tuberculeuse ou lupique d'une lésion nasale, si la clinique ne demande pas à un examen histologique décisif la certitude de son diagnostic.

Aussi bien n'y a-t-il là qu'un intérêt purement scientifique, puisque tuberculose et lupus, ayant une commune origine, reconnaissant la même cause, relevant de la même infection, sont justiciables du même traitement Nous croyons pourtant utile, indispensable même, au point de vue du pronostic et des récidives possibles, de bien définir la nature lupique ou tuberculeuse de la lésion.

Des formes diverses sous lesquelles se manifeste le lupus des fosses nasales, la forme hypertrophique est sans contredit la plus fréquente. Ce serait même, suivant la plupart des auteurs, et d'après Raulin, la forme primitive de tout lupus, l'ulcération et la sclérose n'étant en réalité que des phases différentes dans l'évolution de l'hypertrophie : « la forme ulcéreuse ni la forme scléreuse ne sont telles d'emblée; toutes les deux débutent toujours par la modalité hypertrophique. » Mais cette hypertrophie, qui se traduit cliniquement par une tuméfaction variable de la muqueuse, caractérisée par des bosselures, des saillies, des nodosités, séparées par des sillons plus ou moins profonds, mais à base commune, n'affecte que fort rarement la forme polypoïde. Dans ce cas, les végétations restent isolées; elles s'allongent et se rattachent à la muqueuse par un pédicule plus ou moins étroit, leur donnant une vague ressemblance avec les polypes muqueux, dont elles se distinguent d'ailleurs par des caractères assez nombreux pour rendre toute confusion impossible.

C'est à cette forme de lupus que l'on a donné le nom de lupus pseudo-polypeux.

La littérature médicale ne compte que fort peu d'observations de tumeurs lupiques pseudo-polypeuses des fosses

nasales. Lorsqu'on consulte les livres classiques, on est tout surpris de ne trouver à peu près nulle part mentionnées ces productions si spéciales, qui se rencontrent chez certains malades, de préférence jeunes, sans autre lésion de la muqueuse nasale. Moure cependant leur consacre quelques lignes dans son *Manuel des Maladies des fosses nasales* et en donne une description rapide.

A quoi faut-il attribuer cette pauvreté de la littérature spéciale, si ce n'est à la rareté de l'affection ? Notre expérience clinique n'est pas assez grande pour que nous puissions formuler une opinion. Mais si, d'une part, nous nous appuyons sur les données des auteurs qui en ont rapporté des exemples dans les recueils périodiques ; si, d'autre part, nous nous en rapportons à la longue pratique du Dr Moure, qui, malgré le nombre considérable de tumeurs des fosses nasales qu'il lui a été donné de voir, n'a observé que fort rarement la véritable forme pseudo-polypeuse du lupus, nous pouvons dire que ces tumeurs constituent une rareté pathologique, vu la fréquence de la tuberculose nasale.

Nous pensons toutefois qu'il faut faire entrer ici en ligne de compte l'indifférence des praticiens qui souvent peut-être ont extirpé des tumeurs des fosses nasales sans chercher à en définir la nature et sans demander à la bactériologie et à l'histologie d'éclairer un diagnostic forcément obscur.

Nous pourrions comparer ici cette forme de lupus à la laryngite pseudo-polypeuse de même nature, dont les lésions ont été si souvent méconnues et prises pour des papillomes, faute d'examen complet des néoplasies enlevées. Déjà en 1872, Mandl attirait l'attention des laryngologistes sur la nature tuberculeuse de ces végétations primordiales plus ou moins nombreuses, survenant sur la paroi postérieure du larynx, en l'absence d'aucun signe rationnel pouvant faire soupçonner la tuberculose du poumon. Depuis Mandl, nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Schnitzler, Foa, Kild, Heryng, Gouguenheim et Tissier, ont étudié cette laryngite pseudo-polypeuse, basant leurs recherches sur

l'examen histologique des tumeurs extraites. Il est étonnant que l'on n'ait pas apporté la même attention à l'étude anatomo-histologique des tumeurs des fosses nasales. Quoi qu'il en soit, nous ne doutons pas, lorsqu'on pratiquera méthodiquement l'examen microscopique et bactériologique des ulcérations de la pituitaire, de voir les observations de ce genre se multiplier.

En nous aidant de l'examen rhinoscopique, d'une part, et de l'étude anatomo-histologique des tumeurs extraites, de l'autre, nous allons essayer d'en tracer rapidement une esquisse anatomique aussi complète et aussi exacte que possible. Nous croyons devoir, auparavant, dire quelques mots sur leur historique.

Il n'en faut pas chercher des exemples dans les traités classiques qui depuis le commencement du siècle ont décrit de façon si magistrale les lésions cutanées de la scrofulo-tuberculose, car c'est à peine si l'on pourrait trouver dans les ouvrages d'Alibert, de Rayer, d'Arnal, de Cazenave, etc., une étude rapide, écourtée, des lésions lupiques de la muqueuse nasale. L'école de Saint-Louis, depuis Bazin, a plutôt étudié les lésions lupiques de la muqueuse bucco-pharyngienne. D'autre part, les traités spéciaux eux-mêmes ont été à peu près muets sur ce point jusqu'au travail de Cartaz qui, le premier, en 1887, réunit dans une étude d'ensemble dix-huit observations de tuberculose nasale. Depuis, les travaux se sont succédé assez nombreux, dus, en Allemagne, à Hajeck, Merteus; en France, à Boutard, Plicque, Raulin, Olympitis; en Autriche, à Chiari, etc.

Si nous consultons ces travaux, nous ne trouverons que fort rarement la forme pseudo-polypeuse du lopus.

Les premières observations connues sont dues à Schmiegelow (de Copenhague), qui les publia dans son étude sur les tumeurs malignes primitives du nez (1). Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de vingt-huit ans, robuste, sans aucune lésion pulmonaire, mais qui avait déjà été traité

(1) *Revue de Laryng., Otol. et Rhinol.*, août-sept. 1885.

pour un lupus de la face. Au voisinage de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, à gauche, on apercevait des polypes blanchâtres, pédiculés, s'insérant sur le cornet. Dans les points les plus rapprochés du siège de ces tumeurs, la muqueuse était transformée en tissu lupeux ; ces tumeurs étaient de consistance solide, assez friables, se brisant facilement sous le stylet. L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Rasmussen, montra dans ces tumeurs de nombreux nodules caractéristiques du tissu lupeux. Dans le deuxième, il s'agissait d'une jeune femme de trente-cinq ans, ne présentant aucune trace de syphilis ni de scrofule, qui, en plus d'une lésion lupique de la partie cartilagineuse de la cloison, portait, à la partie moyenne du cornet moyen droit, une tumeur pédiculée, limitée, de la grosseur d'une noisette. Aussi bien à l'œil nu qu'au microscope, cette tumeur avait les caractères du tissu lupeux.

Schæffer rapporte six cas de tumeurs tuberculeuses de la cloison. Chez un malade, la tumeur avait la grosseur d'une noix et son pédicule avait pour siège la cloison cartilagineuse (1). L'examen histologique et bactériologique, pratiqué par le Dr Nasse, montra dans les coupes fort peu de bacilles.

Juffinger observa lui aussi une tumeur pédiculée assez volumineuse du septum cartilagineux. Le Dr Kolisko, qui pratiqua l'examen histologique, y découvrit quelques bacilles de Koch. Cette tumeur enlevée récidiva plusieurs fois (2).

Hajeck enleva une tumeur pédiculée partant de la partie inférieure du septum cartilagineux. Malgré une cautérisation énergique, il se produisit une récidive, et Hajeck décida d'enlever le septum cartilagineux. L'examen montra dans les coupes la présence de bacilles tuberculeux. Malgré la rareté de ces derniers, Hajeck ne voulut pas conclure à la nature lupique de la tumeur, disant qu'il était très difficile de différencier les deux formes de la tuberculose nasale (3).

(1) *Deuts. méd. Wochens.*, 1887.
(2) *Wiener klin. Woch.*, 1888
(3) « Die Tuberculose der Nasenschleimhaut. » Wien, 1889.

Les cas observés par Schæffer, Juffinger et Hajeck, nous les trouvons consignés dans un travail fort intéressant du professeur Chiari (1). La bonne grâce que le célèbre professeur de Vienne a mise à nous le faire parvenir et à nous faciliter ainsi cette modeste étude nous fait un devoir de le remercier publiquement.

Dans son travail, Chiari cite six cas de tumeurs tuberculeuses des fosses nasales. Dans le quatrième cas, une enfant de douze ans, Léopoldine G..., anémique, avec quelques ganglions de la région cervicale, présentait dans la fosse nasale gauche une tumeur à surface irrégulière, bosselée, à sillons, ressemblant assez à un champignon. Son pédicule était assez étroit. De consistance molle, friable, elle saignait assez facilement. Elle fut enlevée à l'anse froide et son pédicule fortement cautérisé au galvanocautère. L'examen histologique, pratiqué par le Dr Panzer, montra que la tumeur était constituée par un tissu infiltré de cellules rondes, de cellules épithélioïdes, avec quelques cellules géantes isolées, et un fort petit nombre de bacilles tuberculeux. Malgré le raclage énergique de la base du pédicule au moyen de la cuillère tranchante et sa cautérisation au galvanocautère et à l'acide lactique, il se forma une nouvelle tumeur qui fut enlevée en janvier 1893. Et Chiari, se fondant sur l'absence de lésions lupiques cutanées, et soutenant d'autre part que dans les lésions tuberculeuses des fosses nasales les bacilles de Koch sont toujours assez rares, fait de cette tumeur une tumeur tuberculeuse.

Boutard, dans sa thèse inaugurale (1889), étudie les deux formes de la tuberculose nasale : l'ulcération et la gomme ou pseudo-polype.

Le Dr Kikusi (de Tubingen) rapporte, en août 1889, le cas d'une tumeur tuberculeuse du cartilage triangulaire.

Raulin, dans sa thèse inaugurale (1889), dit que les végétations lupiques des fosses nasales restent parfois isolées, s'allongent, se pédiculisent au point de revêtir la forme polypoïde.

(1) « Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. » Wien.

Le Dr Hahn, dans un travail sur la tuberculose de la muqueuse nasale, fait à la clinique de dermatologie du Prof. Doutrelepont (Bonn), distingue lui aussi trois formes de tuberculose; la troisième, végétante, pseudo-polypeuse, doit être regardée comme étant de nature lupique.

Moure, dans son *Manuel des Maladies des fosses nasales*, décrit rapidement ces saillies de consistance friable, ayant une base commune d'où elles émergent en forme de choux-fleurs, formant alors de véritables tumeurs polypoïdes.

Aux observations citées plus haut nous pouvons ajouter une observation personnelle recueillie dans le service de M. le Dr Moure.

Observation I. — Mme Al..., vingt-huit ans, couturière, se présente à la clinique de la Faculté, dans le service de M. le Dr Moure, pour des troubles de l'audition.

Antécédents héréditaires. — Rien d'important à signaler. Pas d'affection néoplasique, pas d'affections cutanées, pas de tuberculose dans la famille. Père et mère bien portants. Une sœur de la malade, qui habite Nevers, aurait présenté quelques troubles du côté des fosses nasales : coryza chronique, gêne de la respiration, sur lesquels la malade ne peut fournir que des renseignements vagues et peu précis.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, la malade a été bien portante : ni maladies de l'enfance, ni de l'adolescence. Il y a dix ans, à la suite d'un refroidissement, la malade présenta une otite moyenne suppurée des deux côtés. L'écoulement s'arrêta, laissant après lui des lésions de la caisse, telles que des synéchies, des adhérences, des cicatrices de perforations reliées aux parois de la caisse, enfin une diminution considérable de l'ouïe qui l'inquiète et pour laquelle elle vient consulter.

L'examen des oreilles donne les résultats suivants :

P. C. dr.	00345,	O. D.	0,02cm.
P. C. gauc.	bonne.	O. G.	contact.

Diapas. v. mieux à gauche.
Rinne D. —.
Rinne G. —.

Trompes obstruées.

Sifflements désagréables, qui enlèvent tout repos à la malade.

L'examen des fosses nasales révèle des lésions tout à fait inattendues. Sur la lame cartilagineuse, à droite et à gauche, on aperçoit des bourgeons nettement séparés, situés les uns près des autres, bosselés, pâles, grisâtres. Ces masses bourgeonnantes ressemblent assez à des choux-fleurs, et s'implantent par des pédicules amincis sur la muqueuse qui tapisse le cartilage, muqueuse d'ailleurs saine et ne présentant aucune trace de processus ulcératif. De la grosseur d'un pois, ces végétations sont de consistance friable, indolentes sous le choc du stylet, et ne saignent que difficilement. La muqueuse des cornets montre une hypertrophie régulière, lisse et luisante.

Notons qu'il n'existe aucune lésion à l'orifice des fosses nasales, et que les ailes du nez, pas plus que le reste du visage, ne présentent aucune trace de dermatose. Ces tumeurs badigeonnées avec la solution de chlorhydrate de cocaïne ne se rétractent pas.

La malade n'accuse pas d'enchifrènement, pas de prurit; la sensibilité olfactive est intacte.

La rhinoscopie postérieure accuse une légère hypertrophie de la muqueuse de la queue du cornet inférieur à gauche. Le cavum présente, au niveau de la voûte basilaire, des concrétions muqueuses, et le pharynx a un aspect vernissé.

M. Moure porte le diagnostic de lupus primitif pseudo-polypeux, et décide d'enlever un fragment de tumeur pour le soumettre à l'examen histologique.

Voici le résultat de cet examen pratiqué par M. le Dr Sabrazès, chef du laboratoire des cliniques de l'hôpital Saint-André, le 20 janvier :

« Les fragments de la tumeur ont la structure du lupus. Ce sont des débris de muqueuse dermo-papillaire, dont l'épithélium émet des prolongements très découpés et considérablement infiltrés de cellules migratrices. Les régions papillaire et sous-papillaire sont transformées en une nappe de cellules embryonnaires très tassées au milieu desquelles on reconnaît çà et là quelques cellules épithélioïdes et un très petit nombre de cellules géantes très différenciées et absolument typiques. C'est un lupus mou, en voie d'évolution, sans tendance à la sclérose. »

Quelques jours après, nouvel examen d'un nouveau fragment :

« Les coupes histologiques montrent une infiltration diffuse du chorion muqueux circonscrit par un épithélium pavimenteux stratifié, se colorant mal, lui-même parsemé de leucocytes. Çà et là, sur le fond infiltré, tranchent des follicules tuberculeux bien caractérisés, disposés par groupes de deux à trois, sans trace de sclérose. »

Diagnostic. — Lupus en évolution, non sclérosant.

Il n'y avait plus aucun doute, il ne restait plus qu'à commencer le traitement.

Après avoir fait pratiquer à la malade des irrigations nasales à l'eau boriquée, pendant quelques jours, on enleva à l'anse galvanique les tumeurs à droite, après cocaïnisation préalable. Au nombre de trois, dont la plus volumineuse mesurait un centimètre et demi de longueur sur un centimètre environ d'épaisseur, elles furent soigneusement enlevées, et au point d'implantation le pédicule fut raclé et cautérisé fortement à l'acide lactique au dixième. Sur la partie opérée, après lavages antiseptiques, pansement à l'iodol.

On surveilla la cicatrisation avec soin. Quelques jours après, on enleva du côté gauche deux tumeurs de dimensions à peu près égales; raclage, cautérisation et pansement.

Aujourd'hui 25 février, la muqueuse présente encore des traces de la cautérisation.

Vers le milieu de mars, la muqueuse est normale, la respiration libre, la santé générale excellente.

Nous allons dégager maintenant les particularités intéressantes qui peuvent servir à fixer le diagnostic.

Dans le lupus ordinaire des fosses nasales, à une période plus ou moins avancée, on constate le plus souvent une ou plusieurs ulcérations qui envahissent la sous-muqueuse, le périchondre et la cloison cartilagineuse; le cartilage semi-lunaire est parfois détruit, et si la perforation n'est pas visible, c'est que le lupus masque ses ravages par les croûtes dont il les recouvre et par ses végétations bourgeonnantes. Dans les cas de pseudo-polypes, rien de semblable. Le fibro-cartilage ne présente aucune ulcération à la base de ces bourgeonnements. Il n'y a point d'infiltration tuberculeuse tout autour. On dirait que toute la lésion s'est concentrée dans la tumeur et que la muqueuse de la cloison ne participe nullement au processus pathologique. Cette muqueuse serait normale sans cette coloration pâle, terne, grisâtre, avec ces dépressions et ces rides qui font penser à certaines formes de rhinite atrophique.

En règle générale, le lupus des fosses nasales, qu'il soit primitif ou secondaire, parti de la cloison cartilagineuse, gagne peu à peu le plancher, la muqueuse des ailes, celle du

cornet inférieur et du cornet moyen, se cantonnant dans la portion respiratoire de la pituitaire. Dans le cas de pseudo-polypes, la lame cartilagineuse seule est atteinte, et presque jamais l'on ne constate de lésion ulcéreuse concomitante. On ne connaît guère que les deux cas de Schmiegelow où les pseudo-polypes siégeaient sur les cornets inférieur et moyen, en même temps qu'une ulcération lupique de la cloison, chez le second malade.

Quant aux raisons invoquées pour expliquer cette localisation du lupus sur la cloison cartilagineuse, elles sont assez connues pour nous dispenser d'insister sur ce point.

Le lupus pseudo-polypeux se traduisant toujours par une ou plusieurs tumeurs siégeant sur la cloison cartilagineuse, il faut, pour établir son diagnostic, le différencier de toutes les tumeurs qui peuvent siéger sur la cloison.

On a décrit sous la dénomination malheureuse de lupus syphilitique des masses bourgeonnantes, végétantes, qui finissent par s'ulcérer, mais qui au début se présentent sous l'aspect d'une hypertrophie polypoïde régulière, contre laquelle le traitement spécifique demeure impuissant. Il s'agit là d'un processus analogue à celui déjà mentionné par Whistler pour le larynx. Ces polypes ne se montrent guère que chez les vieux alcooliques en puissance de syphilis; ils sont fibreux, de consistance dure, d'aspect jaunâtre. De dimensions très restreintes, ils ne s'insèrent que très rarement sur la cloison, et presque toujours sur le cornet inférieur.

La gomme constitue la lésion la plus fréquente dans la syphilis nasale. En présence d'une tumeur pédiculée de la cloison, dont la nature n'est que soupçonnée, il ne peut venir à l'idée de songer à une gomme syphilitique, qui débute toujours par le squelette osseux avec des symptômes qui ne peuvent guère laisser de doutes sur la cause originelle de la lésion. Outre les caractères morphologiques différents, d'un côté l'indolence des tumeurs, la lenteur dans leur évolution, de l'autre les douleurs faciales qui accompagnent l'évolution d'une gomme nasale, la rapidité de sa

marche vers les destructions osseuses, seront des indices suffisants pour éviter une erreur de diagnostic.

La tuberculose se manifeste quelquefois dans les fosses nasales sous l'aspect d'une véritable tumeur (Kœnig, Schæffer, Hahn, Chiari, etc...). Ces néoplasmes, de couleur rosée, à surface irrégulière inégale, mamelonnée, presque papillaire, atteignent parfois un volume considérable. Etant donnés l'identité de la tuberculose et du lupus d'une part, et de l'autre l'aspect de ces végétations tuberculeuses, leur indolence, la lenteur de leur évolution, leur guérison fréquente par l'éradication complète suivie de la cautérisation de leur base d'implantation, leur coïncidence fréquente avec des lésions cutanées, il paraîtrait assez naturel, malgré certaines différences morphologiques, de les assimiler à des tumeurs lupiques. Nous ne croyons pas, en effet, qu'il faille se baser sur le nombre des bacilles pour affirmer la nature tuberculeuse ou lupique d'une tumeur ou d'une ulcération, mais bien sur leur virulence ou leur atténuation. Or, comme on admet généralement aujourd'hui que le lupus n'est qu'une tuberculose atténuée, nous nous demandons pourquoi la plupart des rhinologues étrangers persistent à décrire comme nettement tuberculeuses des tumeurs où l'on ne rencontre qu'un fort petit nombre de bacilles dénués de virulence, qui n'opposent à la phagocytose qu'une résistance fort médiocre, puisque le lupus guérit parfois spontanément, et qui presque toujours cèdent à un traitement rationnel.

Les polypes muqueux sembleraient au premier abord ne pas pouvoir en imposer pour des tumeurs lupiques. On sait que les polypes muqueux ne s'insèrent que fort rarement sur la cloison. Casabianca, plus affirmatif, soutient même qu'ils ne s'y insèrent jamais. Mais il suffit de lire les observations de Schmiegelow pour voir que les pseudo-polypes lupiques s'insèrent, eux, quelquefois sur les cornets. En règle générale, on peut dire que les polypes muqueux ne dépassent guère la limite inférieure du méat moyen et se cantonnent pour ainsi dire dans la zone olfactive. Les tumeurs lupiques se bornent à la zone respiratoire. Quel

que soit le siège de ces tumeurs pédiculées, on trouvera dans leur évolution, leur aspect, leur nombre, leur consistance, des signes suffisants pour poser le diagnostic. Nous sommes convaincu que bien des observations publiées sous la rubrique « polypes » provenaient d'un examen superficiel : nous voulons parler des cas où l'on a décrit des polypes survenant sur une muqueuse ayant déjà présenté des altérations dues à la scrofulo-tuberculose.

L'examen histologique eût certainement démontré dans la plupart de ces tumeurs les éléments du nodule lupique.

L'hypertrophie ou la dégénérescence polypoïde de la muqueuse de Schneider se reconnaîtra à sa coloration normale, sa surface régulière. On ne pourra jamais confondre les prolongements fusiformes, lisses et sains de la muqueuse hypertrophiée avec les nodosités, les mamelons, les crevasses profondes des choux-fleurs lupiques.

Il suffirait d'ailleurs de badigeonner la muqueuse hypertrophiée avec une solution de chlorhydrate de cocaïne pour voir la muqueuse se rétracter, rentrer, pour ainsi dire, ces filaments qui pendent le long du cornet moyen.

On rencontre quelquefois des papillomes sur la cloison cartilagineuse. Etant données leur couleur grisâtre, leur insertion sur la cloison par un pédicule aminci, leur consistance, la lenteur de leur développement, ces néoplasmes peuvent, comme aspect clinique, présenter quelque ressemblance avec les pseudo-polypes lupiques.

Mais cette néoplasie papillaire siège le plus souvent sur la portion convexe ou le bord inférieur du cornet inférieur, ou sur le plancher des fosses nasales. De plus, les papillomes saignent assez facilement, et l'action de se moucher seule amène des épistaxis légères mais fréquentes. Lorsque leur aspect mamelonné, mûriforme, en choux-fleurs, en imposera pour une tumeur lupique, le diagnostic ne pourra être établi que par l'examen microscopique.

Les tumeurs osseuses ou cartilagineuses, en outre d'une dureté absolument ligneuse, ont un aspect lisse, arrondi, caractères qui permettront de les reconnaître aisément.

Il est à peine nécessaire de signaler les abcès aigus ou chroniques, les bosses sanguines. Les phénomènes aigus, la coloration, l'aspect de la muqueuse, la diffusion de la lésion, son origine, la fluctuation, seront des signes assez nets, qu'une ponction exploratrice se chargerait au besoin de confirmer.

Parmi les tumeurs malignes, il n'y guère que le sarcome qui, au début, par la formation de bourgeons multiples, exubérants, plus ou moins pédiculés, de coloration grisâtre, puisse faire croire un instant au lupus pseudo-polypeux. Mais si l'on veut bien tenir compte de la rapidité de sa marche vers les cavités supérieures des fosses nasales, de l'écoulement muco-purulent, de l'odeur repoussante, des douleurs intolérables qui l'accompagnent, de la friabilité de la tumeur, qui saigne au moindre contact, l'erreur ne sera plus possible.

Le pronostic du lupus pseudo-polypeux est favorable.

Le lupus, a dit Marty, n'est qu'une tuberculose atténuée. C'est la première manifestation d'un bacille qui vit normalement dans la cavité nasale (Strauss). C'est par là même la première défaillance, pour nous servir d'une métaphore connue, d'un organisme qui jusque là avait su se défendre contre les assaillants.

A quelles causes faut-il attribuer cette atténuation de virulence d'un bacille qui ne demande qu'à pulluler, à s'étendre, à envahir ? On répondra : « question de terrain. » On ne doit pas oublier cependant que la question des associations microbiennes est encore à l'étude; que, dans des coupes de nodules lupiques, parfois l'on a recherché vainement le bacille de Koch ; que, d'autre part, des expérimentateurs autorisés, tels que Malassez et Vignal, Klebs, Toussaint et Aufrecht, Cornil et Babès, ont découvert à côté du bacille tuberculeux des microcoques divers dont l'existence, sans mettre en péril l'unité de la tuberculose, pourrait expliquer jusqu'à un certain point l'innocuité relative d'un bacille contre lequel le plus souvent la thérapeutique demeure impuissante. Quoi qu'il en soit, le pronostic du

lupus pseudo-polypeux est loin d'avoir la gravité de la tuberculisation disséminée de la pituitaire. Il faut cependant compter avec l'ulcération possible de la tumeur, l'infection secondaire du poumon, la récidive parfois opiniâtre, et tous les inconvénients qui résultent d'une obstruction nasale.

Le traitement du lupus pseudo-polypeux est purement chirurgical. Le meilleur moyen consiste à enlever ces tumeurs non par la ligature lente, mais par la ligature extemporanée, sous un bon éclairage, le spéculum nasi introduit dans les fosses nasales, et avec l'anse froide ou mieux l'anse galvanique. On aura soin, la tumeur enlevée, de cautériser fortement le pédicule au galvano ou à l'aide d'une solution concentrée d'acide lactique. Le malade pratiquera en outre pendant quelques jours des irrigations alcalines et antiseptiques, afin de hâter la chute des eschares et réduire l'inflammation de la muqueuse. Il sera utile de faire de temps en temps des raclages et quelques nouvelles cautérisations sur les points qui paraîtraient tant soit peu suspects.

Si, malgré tous les soins, la tumeur récidivait, on pourrait essayer des injections parenchymateuses, à la partie la plus saillante et la plus accessible de la tumeur, de thymol et de gaïacol (thymol 2 grammes, gaïacol 50 grammes, huile d'olive stérilisée 50 grammes; un centimètre cube). On connaît les résultats de ces injections dans le lupus cutané obtenus par le Dr Moreau (Toulouse). On pourrait espérer par cette méthode un affaissement de la tumeur, la transformation scléreuse de la lésion et une guérison définitive.

Conclusions. — 1° Le lupus pseudo-polypeux des fosses nasales est une forme de tuberculose mal décrite et peu connue.

2° Elle est plus fréquente cependant qu'on ne croit, et bon nombre de polypes et de tumeurs pédiculées de la cloison ne sont autre chose que des pseudo-polypes lupiques.

3° Le lupus pseudo-polypeux constitue le mode de

virulence le plus atténué du bacille tuberculeux sur la muqueuse nasale. Peut-être, et ceci n'est qu'une hypothèse, une simple vue de l'esprit, faut-il attribuer cette atténuation du bacille à la présence, dans le nodule lupique, de zooglées, à l'association microbienne.

4° Le traitement est purement chirurgical. La tumeur lupique est justiciable de l'anse froide ou galvanique, de la curette et de la cautérisation.

En cas de récidive, on pourrait essayer des injections de thymol et de gaïacol associés, suivant la méthode de Moreau (de Toulouse).

BIBLIOGRAPHIE

Cozzolino. — *Archives Ital. de Laryngologie*, fasc. 1 et 2, 1886.
Moure. — *Manuel des Maladies des fosses nasales*, 2e édition.
Mandl. — *Maladies du larynx*, 1872.
Gouguenheim et **Tissier.** — *Phtisie laryngée*, 1889.
Schmiegelow. — *Revue de Laryngologie*, 1885.
Max Schaffer. — *Deut. med. Wochens.*, 1887.
Juffinger. — *Wiener klin. Woch.*, 1888.
Hajeck. — *Die Tuberculose der Nasenschleimhaut*, 1889
Kikusi. — *Centralblatt f. gesam. Therap.*, 1889.
Moinel. — Thèse Paris 1877.
Chiari. — *Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut*. Wien.
Raulin. — Thèse Paris 1889.
Boutard. — Thèse Paris 1889.
Hahn. — *Deut. med. Wochens.*, n° 23, 1890.

EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE GAUCHE — INFECTION AIGUE SECONDAIRE DES SINUS SUS-NASAUX GAUCHES — ACCIDENTS MÉNINGITIQUES — MORT

Par **R. CLAOUÉ**, aide-major de première classe.

Le 20 octobre 1894, nous fûmes appelé chez M. V..., officier en congé. Le malade venait de rentrer depuis quelques jours des eaux de Barèges, où il avait suivi un traitement pour une arthrite trauma-

tique ancienne du genou droit. Il nous apprend que, depuis son retour des eaux, il éprouve des douleurs vives dans la région fronto-temporale et dans la moitié correspondante de la tête. Ces douleurs, d'abord intermittentes, deviennent continues et de plus en plus intolérables.

En interrogeant le malade, nous apprenons que, depuis six ou sept ans, il est atteint d'un écoulement nasal du côté gauche et que les sécrétions mouchées ont toujours eu une odeur très fétide. Migraines fréquentes.

Rien à noter au point de vue des antécédents héréditaires et personnels. Le malade n'a jamais eu la syphilis. La constitution générale est assez bonne.

A l'examen extérieur, nous constatons, au niveau de l'os propre gauche du nez, une tuméfaction assez notable très douloureuse à la pression ; la pression à ce niveau augmente l'écoulement nasal.

A l'examen rhinoscopique antérieur, la fosse nasale droite est normale. Dans la fosse nasale gauche, nous notons une dégénérescence hypertrophique du cornet inférieur : celui-ci, adossé contre le septum, à peu près sur toute sa longueur, forme comme une cloison transversale partageant la fosse nasale en deux étages. Après un badigeonnage à la cocaïne à 1/10, qui rétracte légèrement la muqueuse hypertrophiée, nous abaissons et déprimons le cornet inférieur, à l'aide d'un stylet, et faisons écouler, par cette manœuvre, une abondante quantité de pus fétide, venant du méat moyen, où il s'est créé une vaste loge. L'exploration du méat moyen avec le stylet nous fait tomber sur une partie osseuse dénudée, dans la région voisine de l'hiatus de l'antre.

A l'examen rhinoscopique postérieur, nous apercevons des masses muco-purulentes abondantes, nettement étalées sur l'extrémité postérieure hypertrophiée du cornet inférieur et sur la paroi latérale gauche et postérieure du pharynx nasal. Pas de pus au dessus du cornet moyen et du cornet supérieur.

La température est de 38°. Le malade est déprimé, et présente un embarras gastrique assez accentué.

Ces signes, joints à une altération profonde de la première molaire gauche, et aux renseignements complémentaires que la malade nous donne sur la marche de son affection, nous font supposer l'existence d'une sinusite maxillaire gauche, probablement d'origine dentaire.

Après une abondante irrigation nasale et un nettoyage minutieux du méat moyen, nous pratiquons par le méat inférieur une ponction, suivie d'un lavage explorateur, selon le procédé de Lichtwitz. Ce

lavage donne issue à une quantité considérable de pus verdâtre et fétide.

La trépanation de l'antre au niveau de la première molaire cariée est décidée et effectuée quelques heures après. Cette opération est suivie d'abondantes irrigations antiseptiques et l'orifice alvéolaire est bouché à l'aide d'une cheville en ébonite.

21 octobre. — Le malade a assez bien dormi. Diminution notable des céphalées. Température : 37°,5 le matin, 38°,5 le soir. Le malade se lève quelques instants dans la journée et se rend parfaitement compte de l'amélioration de son état. Des lavages antiseptiques de l'antre sont pratiqués deux fois par jour.

22 et 23. — L'amélioration paraît se maintenir. Les lavages sont pratiqués par nous avec le plus grand soin ; ils sont toujours précédés d'une cocaïnisation énergique du cornet inférieur, ayant pour but de réduire le plus possible son volume. La quantité de pus entraînée par les lavages est toujours abondante et très fétide.

La température est de 37° le matin et de 38°,5 le soir.

24 octobre. — Le 24, vers trois heures du matin, nous sommes appelé en toute hâte et nous trouvons le malade dans l'état suivant : œdème de la paupière supérieure gauche, cachant presque entièrement le globe oculaire : pupille gauche dilatée réagissant peu à la lumière ; par la pression à l'angle interne de l'œil, ou en refoulant l'œil en arrière, on détermine une violente douleur. Légère exophtalmie. Les mouvements de l'œil sont très limités dans l'abduction, les autres mouvements se font passablement. L'examen ophtalmoscopique n'a pu être fait. La température est de 39° ; le pouls est à 100 environ. Pas de troubles de la sensibilité, de la motilité ; pas de contractures, pas de convulsions. Subdélire.

Ces signes divers nous font penser à une infection aiguë des sinus sus-nasaux gauches par le pus, qui n'a pu trouver une voie d'écoulement suffisante. Avec MM. les Drs Lacoarret et Aldibert, appelés en consultation, nous estimons que le seul moyen à tenter pour sauver le malade est de drainer immédiatement les sinus gorgés de pus. L'état récent de cette infection nous paraît devoir donner à une intervention de ce côté des chances sérieuses de réussite.

L'opération fut résolue et faite à quatre heures du soir par M. le Dr Aldibert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. Le malade fut chloroformé et opéré dans la position de Rose.

Une première incision faite sur la partie latérale gauche du nez, au niveau de la région tuméfiée, fait tomber sur l'os propre du nez qu'on trouve en partie dénudé. Abrasion ou raclage des parties nécrosées.

Une deuxième incision courbe est pratiquée, longeant le tiers interne du rebord orbitaire, depuis le trou sus-orbitaire jusqu'au trou sous-orbitaire. Le périoste est décollé d'avant en arrière à l'aide d'une rugine; on évite de blesser la poulie du grand oblique. Le contenu orbitaire, protégé par sa gaine périostée, est attiré en bas et en dehors, à l'aide d'un écarteur. D'un coup de gouge à l'angle supéro-interne de l'orbite, en empiétant légèrement sur le rebord orbitaire et sur le front, le sinus frontal gauche est ouvert : cette ouverture laisse écouler une petite quantité de liquide séro-purulent. Puis, un fossé est creusé dans la mince paroi interne de l'orbite et prolongé en arrière et en bas, de manière à mettre à jour les cellules ethmoïdales, par lesquelles on arrive, en se dirigeant directement d'avant en arrière, c'est à-dire en s'écartant légèrement de la paroi interne de l'orbite oblique en arrière et en dehors, jusqu'à la cavité du sinus sphénoïdal. La voie ainsi créée fait écouler une assez grande quantité de pus, qui s'écoule surtout du sinus ethmoïdal, mais qui paraît venir en partie aussi du sinus sphénoïdal. Après un grand lavage antiseptique, on place un drain orbitaire et un drain nasal. La méthode suivie dans cette intervention est celle préconisée par Chipault dans son ouvrage récent sur la *Chirurgie opératoire du système nerveux*.

25 octobre. — Pas d'amélioration sensible; mais l'état ne s'est pas très aggravé. Température, 39°. Pouls, 115. Subdélire.

Dans la nuit du 25 au 26, la méningite fait des progrès rapides et le malade meurt dans le coma. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Cette observation nous paraît intéressante au point de vue clinique et au point de vue thérapeutique.

Au point de vue clinique, elle nous montre que la sinusite maxillaire, généralement considérée comme une affection peu grave, « quoad vitam », peut, dans certains cas, avoir de graves conséquences. L'action irritante du pus, en effet, peut déterminer à la longue une dégénérescence hypertrophique du cornet inférieur. Cet état hypertrophique favorise la stagnation et la rétention du pus dans le méat moyen; ces masses muco-purulentes retenues peuvent amener, par leur présence prolongée, de la nécrose osseuse et, grâce à leur abondance, dans certaines conditions, envahir les annexes pneumatiques qui doublent la voûte naso-pharyngienne. Cette dernière invasion facilitera l'infection

qui peut terminer la scène, l'infection méningo-cérébrale. Les phénomènes successifs qui se passent dans ces cas sont semblables à ceux que nous rencontrons dans certaines otorrhées mal soignées ou abandonnées à elles-mêmes. Là aussi, la stagnation du pus dans la caisse finit par amener de la nécrose et de la carie; là aussi, on voit l'otorrhée donner quelquefois lieu à la formation de fongosités abondantes, qui, par la rétention purulente qu'elles déterminent derrière elles, peuvent être la cause d'accidents graves du côté du cerveau.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici les observations récentes présentées par M. le Prof. Panas à l'Académie de Médecine (12 mars 1895). Ces observations sont relatives à six cas d'empyème du sinus maxillaire, compliqués d'ostéo-périostite orbitaire, de phlegmon de l'orbite et d'abcès du lobe frontal. M. le Prof. Panas insiste sur le rôle important que l'inflammation des sinus nasaux peut jouer dans certaines complications oculaires et méningo-encéphaliques.

Au point de vue thérapeutique, nous retrouvons dans notre observation l'action bien connue de l'eau de Barèges sur le tissu osseux. Nous voyons que ces eaux sulfureuses fortes ont une action élective remarquable sur les points nécrotiques dont elles amènent l'élimination en déterminant un état aigu. Il importe donc, avant de prescrire l'usage de ces eaux, que la voie d'écoulement du pus soit large et facile. Il aurait fallu, avant de prescrire l'usage des eaux à notre malade (en supposant que son affection nasale ne fût pas méconnue), détruire le tissu hypertrophique du cornet inférieur et prévenir de cette façon la rétention purulente.

L'indication capitale qui nous a guidé dans la double intervention pratiquée sur notre malade a été le drainage du pus.

C'était là d'abord le but de la trépanation du sinus maxillaire. Nous n'avons pas jugé prudent de détruire, avant tout, l'hypertrophie du cornet inférieur et d'extraire les points nécrosés. Sans doute, cette abrasion, en facilitant l'écoulement, eût été fort utile; mais, outre qu'elle eût

nécessité un certain temps, nous avons estimé qu'une plaie ouverte, en contact permanent avec une suppuration abondante et très septique, était dangereuse; d'autre part, nous espérions que des lavages antiseptiques, régulièrement effectués avec soin, amèneraient une amélioration notable, pendant laquelle la cautérisation du cornet inférieur et l'excision des parties nécrosées auraient pu être effectuées par la voie intra-nasale.

C'est également dans le but de drainer le pus que la seconde intervention a été pratiquée. L'intervention intranasale dans les cas de suppuration des sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, a fait des progrès sérieux, grâce à l'habileté et à la hardiesse des rhinologistes; mais il existe des cas où le traitement intra-nasal seul ne saurait suffire : dans les cas urgents, par exemple, qui imposent une intervention rapide et radicale Il faut alors pratiquer l'ouverture des sinus par les voies externes. Les cas rapportés d'ouverture des sinus frontaux par les voies externes sont assez nombreux; bien rares encore sont les cas d'intervention par la voie orbitaire vers les sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux. Nous ne trouvons dans la littérature médicale que les observations de Bergh (de Stockholm) en 1886 (hydropisie considérable du sinus sphénoïdal); les observations de Knapp (de New-York) en 1893 (mucocèle et empyème des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux). Citons également le travail de Jansen (de Berlin), relatif à l'ouverture des différents sinus (1). Dans notre cas particulier, il était impossible de localiser l'infection dans tel ou tel sinus et l'intervention devait comprendre l'ouverture et le drainage de tous les sinus. Quoique cette opération hardie, mais légitime, n'ait pas empêché l'infection méningitique de se produire, nous continuons à penser qu'elle peut, dans des cas analogues, mais plus heureux, rendre de réels services.

INTUBATION DU LARYNX DANS LE CROUP

Par le Dr COLLIN.

C'est en 1858 que Bouchut envoya à l'Académie de Médecine deux observations sur « une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage du larynx ».

Si cette méthode résolvait théoriquement le problème de l'intubation laryngée de la façon la plus heureuse, il n'en était plus de même dans la pratique. Pour faire cette opération, il fallait recourir à une instrumentation défectueuse; aussi les conclusions de l'Académie furent-elles défavorables au procédé de Bouchut. D'autre part, Trousseau défendit avec passion l'opération de la trachéotomie, et le tubage de la glotte resta dans l'oubli pendant un quart de siècle.

L'instrumentation dont se servait Bouchut comprenait des tubes en argent, à peu près cylindriques, longs de 15 millimètres à 2 centimètres et d'un diamètre de 6 à 11 millimètres. Ces tubes étaient pourvus à l'extrémité supérieure « de deux bourrelets destinés à les maintenir dans la glotte, sur la corde vocale inférieure, à la façon de ces boutons mobiles, en forme de poulie, dont on se sert pour maintenir les plis de poitrine des chemises d'homme »; on les portait dans la glotte, au moyen d'une sonde, analogue comme forme au tube laryngien de Depaul, introduite comme conducteur dans la bouche à l'intérieur du larynx. Le tube, retenu au dehors à l'aide d'un fil en soie, qui restait en place de un à trois jours, était extrait à l'aide de ce fil de sûreté. Bouchut ne se servait pas d'écarteur des mâchoires, mais d'un doigtier métallique.

En 1881, O'Dwyer (de New-York) reprenait la question du tubage laryngé et inventait, après de nombreuses modifications qui n'ont plus guère qu'un intérêt historique, un appareil fort ingénieux dont on se sert couramment en Amérique et en Europe.

L'appareil d'O'Dwyer se compose :

1° D'une série de six tubes destinés à entrer en place dans le larynx et à servir des premiers mois de la vie

jusqu'à la puberté ; 2° d'un introducteur ou instrument pour les porter dans le larynx ; 3° d'un extracteur ou d'une pince pour les enlever ; 4° d'un ouvre-bouche ; 5° d'une échelle métallique graduée.

M. Bonain (de Brest) décrit de la façon suivante, dans la *Semaine médicale* du 30 octobre 1894, les tubes employés par O'Dwyer :

« Les tubes sont au nombre de six. De section intérieure elliptique, ils étaient jusqu'en ces dernières années en cuivre recouvert à l'extérieur d'une couche d'or. Leur construction mérite de nous arrêter.

» A travers une tige de cuivre pleine est posé un tube cylindrique, de dimensions convenables, qu'on martèle ensuite sur un mandrin, de façon à lui donner une section elliptique d'un diamètre antéro-postérieur environ deux fois plus grand que le diamètre transverse. Les parois extérieures et latérales du tube sont limées aux extrémités, de manière qu'elles affectent la forme d'un double tronc de cône à base commune déterminant vers la partie moyenne un renflement bilatéral. Ce renflement ou ventre possède à sa partie la plus saillante une dimension transversale égale à celle du diamètre antéro-postérieur ; il est destiné à maintenir le tube en position et à empêcher son expulsion hors du larynx au moment des accès de toux. L'extrémité inférieure du tube, susceptible de frottements contre la paroi antérieure de la trachée pendant la déglutition, et l'extrémité supérieure qui vient presser contre la base de l'épiglotte, sont soigneusement arrondies ; de plus, pour réduire à son minimum la pression du bord antérieur contre la partie antérieure du larynx, et empêcher ainsi les lésions du décubitus, la partie supérieure du tube est rejetée légèrement en arrière par l'ablation d'un coin de métal aux dépens du bord postérieur. La tête du tube est alors soudée à l'extrémité supérieure. Cette tête affecte une forme irrégulièrement ovale, à bords saillants mais parfaitement arrondis en tous points ; un œillet destiné à recevoir un fil de sûreté est percé dans son épaisseur en avant et à gauche ; il ne

doit pas s'ouvrir à l'intérieur du tube, où son orifice pourrait offrir un point propice à l'arrêt des sécrétions ou des débris de fausses membranes.

» La longueur de ces tubes varie d'un pouce et demi (0,038mm) à deux pouces et cinq huitièmes (0,066mm); leur diamètre antéro-postérieur varie de 7/32 de pouce (0,00524) à 12/32 de pouce (0,009mm) et leur diamètre transverse est de moitié moindre. »

Chaque tube est muni d'un obturateur ou mandrin d'acier articulé en son milieu et fait de quatre pièces, ce qui facilite l'extraction du tube dès qu'il est en place. Le mandrin porte une tête creusée d'un écrou dans lequel se visse la tige de l'introducteur en déterminant avec l'axe de cet instrument un angle légèrement aigu.

Ce dernier instrument ou intubateur, dont le mécanisme est un peu complexe, se démonte en trois pièces : 1° un manche long de 15 centimètres, mince, muni d'un crochet sur sa face inférieure ; 2° une tige rigide fixée dans la poignée et dont l'extrémité libre, coudée, est pourvue d'un pas de vis destiné à l'écrou de la tête du mandrin; 3° un tube métallique engainant la tige, terminé par une sorte de cylindre en ressort à boudin porteur de deux ailettes qui viennent passer de chaque côté sur la tête du tube au moment voulu et dégagent le mandrin. Les deux ailettes sont actionnées par le ressort à boudin, qui joue par l'intermédiaire d'un bouton de déclanchement placé sur le bord supérieur de la poignée

L'extracteur est une sorte de pince laryngienne, courbe, à mors courts ressemblant à un bec de canard. Il est mis en mouvement par un système de levier à articulations multiples. En appuyant sur le bras de levier, on écarte l'un des mors de son congénère, qui reste immobile ; il en résulte une pression excentrique contre les parois intérieures du tube.

L'ouvre-bouche est celui de Denhard. Les branches s'appliquent contre la joue gauche de l'enfant et encadrent l'oreille, lorsqu'il est bien mis en place.

Malgré l'ingéniosité de cette instrumentation, le public médical français professa une indifférence, que rien n'explique, en face de la méthode américaine.

Quelques années plus tard, en France, certains praticiens (MM. d'Astros (de Marseille), Bonain (de Brest), Jacques (de Marseille) abandonnèrent la trachéotomie pour le tubage laryngé.

En 1894, M. Ferroud (de Lyon), dans une thèse remarquable, envisage l'intubation chez l'enfant et chez l'adulte. Partisan convaincu du tubage laryngé, l'auteur admet les tubes d'O'Dwyer, mais il les taille en sifflet à leur extrémité inférieure pour en faciliter la mise en place.

Une pince servant à la fois d'intubateur et d'extubateur est substituée à l'introducteur et à l'extracteur précédemment décrits. La critique de cette instrumentation d'O'Dwyer remaniée par M. Ferroud a été faite par M. Bonain (de Brest) dans la *Revue de Laryngologie* (1894).

En septembre 1894, M. Roux ayant eu l'occasion de se rendre compte par lui-même des résultats encourageants de l'intubation laryngée, à Buda-Pesth et à Vienne, résolut d'introduire la méthode américaine à Paris. C'est M. Bonain (de Brest) qui fut chargé, au mois d'octobre dernier, de l'enseignement de cette opération dans les hôpitaux des Enfants malades et Trousseau.

Pendant trois mois consécutifs, nous avons suivi régulièrement les visites, matin et soir, aux Enfants malades et nous avons assisté à toutes les interventions. On utilisait alors les boîtes fournies par Ermold (de New-York).

Les réparations fréquentes, l'incertitude qui en résulte, nous conduisirent naturellement à modifier cette instrumentation, tout en nous attachant à lui conserver, dans la mesure du possible, ses avantages.

Les instruments d'O'Dwyer, pour l'introduction et l'extraction des tubes, sont l'un et l'autre difficilement démontables et stérilisables.

Dans l'introducteur d'O'Dwyer, le mandrin destiné à porter le tube dans le larynx se fixe par un pas de vis à

l'extrémité coudée de la tige du manche. Le temps nécessaire à adapter le mandrin, le peu de solidité et la délicatesse que la finesse de cette vis assure à l'instrument, rendent cette disposition peu heureuse; la manœuvre devient presque impossible dans les cas fréquents où l'enfant, entrant à l'hôpital asphyxiant, appelle une intervention immédiate.

D'autre part, bien avant l'usure, le diamètre antéro-postérieur du mandrin ne correspond plus au diamètre antéro-postérieur du larynx, et le ressort à boudin, qui glisse sur la tige de l'introducteur, s'altère rapidement par l'ébullition et n'agit plus au moment voulu.

Nous avons modifié cette disposition en remplaçant la vis par un verrou.

Notre introducteur (employé au pavillon Trousseau, hôpital des Enfants malades, depuis quatre mois environ) est constitué par un manche non poli, irrégulièrement ovalaire, à grosse extrémité postérieure, présentant à sa partie antérieure une dépression destinée à loger le pouce de la main qui tient l'instrument.

L'extrémité laryngée de la tige fixe se termine par une fenêtre ovalaire dans laquelle vient s'engager la tête du mandrin qui y restera fixée solidement et instantanément en faisant avancer le verrou placé sur la gauche de l'instrument. Ce mouvement simple, rapide, fait entrer dans une encoche l'extrémité du verrou fixateur; le dessin ci-joint, d'ailleurs explicite, fera très bien comprendre ce dispositif.

La branche mobile de l'introducteur est constituée par un levier fixé par un tenon sur le côté droit de la branche soudée au manche; l'extrémité laryngée de ce levier se termine par une demi-boucle horizontale, qui, par un mouvement de bascule, presse sur la tête du tube parallèlement au mandrin. L'autre branche du levier se termine par une extrémité aplatie, en forme de spatule, concave en dessous. C'est elle qui recouvre l'ongle du pouce au moment de la manœuvre de l'introduction.

L'instrument ainsi monté, l'introduction du tube dans le larynx et le déclanchement s'effectuent rapidement. Pour

dégager le tube, il suffit de faire glisser en avant le pouce sous la spatule terminant le levier destiné par son mouvement de bascule à forcer le tube à glisser le long de son mandrin et à venir tomber dans le larynx, où l'index gauche le met en place.

Notre EXTRACTEUR se compose : d'un manche qui, à part la dépression digitale, ressemble à celui de l'introducteur; de deux branches, articulées comme l'intubateur, dont l'une est fixée au manche.

L'une et l'autre ont la forme d'une pince laryngienne. La branche mobile, lorsqu'on fait pression sur son extrémité postérieure, s'écarte de sa congénère presque parallèlement dans sa portion verticale; il en résulte une grande adhérence avec les parois du tube; aussi les dérapages sont-ils nuls.

Ces deux instruments pourvus du mode d'articulation de Collin, très facile à démonter et surtout très solide, sont d'une stérilisation aisée et d'un nettoyage rapide. Leur emploi n'a donné lieu à aucun reproche, malgré l'usage journalier qui en est fait et la fatigue à laquelle ils sont soumis.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE L'OZÈNE

Par le Dr FAGE (d'Amiens).

L'exploration méthodique des fosses nasales a permis aux rhinologistes de séparer de l'ozène vrai bon nombre d'affections qui, à cause de la mauvaise odeur exhalée, étaient autrefois confondues avec lui, mais qui en diffèrent par leur nature, leurs symptômes et leur marche.

Les cavités nasales de l'ozéneux avec leur élargissement considérable, leurs cornets atrophiés, leur muqueuse amincie et comme ridée sans ulcérations, leurs mucosités épaisses, adhérentes et nauséabondes, sont en général bien caractéristiques.

Mais à côté des cas typiques, il y en a qui sont douteux et embarrassants. Tantôt il s'agit d'un ozène au début où la

muqueuse et les cornets ne sont pas atrophiés ; tantôt d'une rhinite atrophique de laquelle l'odeur caractéristique a disparu ; enfin il y a des rhinites (altérations du squelette, lésions syphilitiques, cancer) qui sont si fétides qu'on peut croire à la punaisie, d'autant plus qu'il n'est pas impossible, d'après Moldenhauer, de rencontrer dans ces affections un état de la muqueuse nasale ressemblant à celui de l'ozène vrai.

Dans ces cas, les récentes découvertes bactériologiques peuvent être un auxiliaire du diagnostic clinique. Malgré les excellents travaux déjà publiés à ce point de vue spécial, je reviens sur cette question m'appuyant sur des recherches faites au laboratoire de l'École de Médecine d'Amiens.

C'est à Lœwenberg que revient le mérite d'avoir décrit le premier, en 1884, le microorganisme spécifique. Ceux qui l'ont étudié après lui, Klamann, Thost, Hajeck, Baratoux, Marano, Strazza, sont arrivés à des résultats à peu près semblables. Lœwenberg (1) a d'ailleurs complété ses recherches dans un travail paru l'an dernier dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

Le microbe de l'ozène est un gros coccus allongé, de forme elliptique, généralement disposé en diplocoque, entouré d'une zone claire représentant une capsule, et auquel convient la dénomination de *cocco-bacille*, proposée par Lœwenberg, ou de *rhino-bacille* par opposition au pneumo-bacille de Friedlænder qu'il rappelle beaucoup.

Le moyen le plus simple de l'observer est de recueillir avec les précautions d'usage du mucus nasal, de l'étaler sur une lame de verre en le diluant au besoin dans une goutte d'eau stérilisée, de sécher et de colorer la préparation. Ce sont les couleurs d'aniline qui donnent les plus belles images : le cocco-bacille ne prend pas le Gram.

Dans mes préparations de mucus ozéneux, j'ai remarqué, à côté du microbe de Lœwenberg, quelques cocci isolés, quelques bactéries de type bacillaire, du staphylocoque et

(1) Lœwenberg. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1894.

rarement du streptocoque. Ce qui frappe c'est la grande prédominance des diplocoques sur les autres microorganismes.

Le cocco-bacille se cultive sur les milieux ordinaires, gélatine, gélose, sérum, pomme de terre. Mais là il devient plus petit, perd sa capsule, se défigure en quelque sorte : pour le voir sous sa forme typique, c'est dans le mucus qu'il faut l'observer.

Dans la gélatine, qui paraît son milieu de choix, il se développe à la température ordinaire sans liquéfier. En piqûre, il forme un clou dont la tête est plate et de couleur plus laiteuse que la bande inférieure qui est formée d'une traînée à laquelle sont appendus de tout petits grains jaunâtres. En strie, il donne une culture un peu festonnée sur ses bords, demi-transparente, d'un blanc laiteux. Dans les boîtes de Petri, on voit en surface des cultures blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, et en profondeur de nombreux petits grains jaunâtres.

L'odeur qui se dégage des cultures est fort désagréable, me semble-t-il, contrairement à l'opinion de Lœwenberg, et se rapproche de celle de la punaisie, si elle n'est pas la même. Je ne saurais mieux la comparer qu'à l'odeur du fromage de Romatour.

Le cocco-bacille de l'ozène ne reste pas localisé : je l'ai retrouvé dans le pharynx nasal, dans le cul-de-sac conjonctival; on doit le rencontrer dans la trachée lorsque l'affection s'étend à cette région, et certaines observations m'autorisent à penser que lui ou ses toxines peuvent passer dans les voies circulatoires.

Ce microorganisme est d'ailleurs fort virulent puisque le produit des cultures inoculé aux animaux les tue rapidement. Il est susceptible d'être expérimentalement atténué : Lœwenberg a réussi avec le sérum d'un lapin injecté à immuniser un autre lapin contre l'effet de l'inoculation ozéneuse.

Bien que les essais d'inoculation dans le nez des animaux aient jusqu'à présent échoué, il est permis de penser que le

cocco-bacille de Lœwenberg est un microbe spécifique, d'après son aspect, les caractères de ses cultures, sa constance dans le mucus ozéneux, son absence dans le mucus de toutes les autres affections nasales.

Marano (1) l'a en vain recherché chez des malades atteints de catarrhe chronique, de coryza, de rhinite fétide, de rhinite à forme atrophique. De mon côté, je ne l'ai jamais rencontré en dehors de l'ozène vrai. Il est d'ailleurs à remarquer que le mucus nasal est en général pauvre en bactéries : dans les formes à sécrétion abondante, on trouve des cocci souvent disposés par groupements ou en chaînettes courtes et droites, quelques bacilles courts; dans les formes purulentes, on obtient les mêmes types plus des staphylocoques.

Il n'y a guère que le pneumocoque de Friedlænder avec lequel on puisse le confondre, rapprochement d'autant plus intéressant à faire, que certains bactériologistes ont signalé la présence du bacille de Friedlænder dans certaines affections nasales, par exemple dans le coryza et le catarrhe chronique. Thost (2) avait identifié les deux microbes.

Ils ont en effet même forme, même capsule, même sensibilité aux couleurs d'aniline, même décoloration par la méthode de Gram; mais le Friedlænder forme un clou à tête saillante, tandis que la culture du coccobacille fait un clou à tête plate; puis, d'après Lœwenberg, l'action des deux microorganismes est différente sur le lait stérilisé que l'un coagule en l'acidifiant, tandis que l'autre ne le change pas; et la vaccination contre le microbe de Friedlænder ne protège pas la souris contre celui de l'ozène. Au fond, nous nous demandons si le microbe décrit par Lœwenberg n'est pas un pneumo-bacille modifié par un milieu un peu spécial, retenu qu'il serait par une cavité que ne protège plus cette sorte de filtre bactérien que forment les enroulements des cornets et les anfractuosités des méats.

(1) Marano. *Arch. de Laryngol.*, 1890.
(2) Thost. *Deuts. med. Wochens.*, 1886.

La reproduction expérimentale de l'ozène serait la preuve décisive, soit qu'on l'obtienne par le produit des cultures ou l'action chimique des toxines; la réussite de pareilles expériences aurait un grand poids, l'affection ne paraissant pas à proprement parler contagieuse, car si on la retrouve chez plusieurs enfants de la même famille, cela semble ten r plutôt à une influence héréditaire et au même état constitutionnel. C'est précisément la question de terrain et de milieu, très importante en la circonstance, qu'il est difficile de résoudre dans une expérience de laboratoire.

Quant au rôle du microbe de Lœwenberg dans la production de l'odeur caractéristique, il est encore à l'étude. Le bacille décrit par Hajek (1), susceptible de décomposer les matières organiques et dont il avait fait l'agent de la mauvaise odeur, liquéfie la gélatine; or il n'y a presque pas de microbes liquéfiants dans les cultures d'ozène.

Il est admis que les productions qui dégagent une odeur très mauvaise sont liées à la présence de certaines bactéries. Rosenbach a cultivé et isolé des microorganismes provenant de sécrétions à odeur repoussante, telles que la gangrène, la sécrétion sudorale des pieds. Il a obtenu des bacilles courts et gros reproduisant l'odeur primitive dans les cultures successives, et donnant lieu à des accidents d'infection grave chez les animaux inoculés.

Le cocco-bacille de l'ozène ne se conduit-il pas de même? Il est évident que si l'odeur des cultures n'est pas celle de la punaisie, elle s'en rapproche beaucoup. J'ai observé des ozéneux qui présentaient tous les signes objectifs de l'affection, chez lesquels l'examen bactériologique démontrait la présence du cocco-bacille et qui n'avaient pas la moindre odeur. Mais ce sont des cas isolés, où sans doute certaines conditions de milieu manquent. Il faudrait qu'on pût à l'examen microbiologique joindre celui de la structure de la muqueuse; les transformations histologiques que Schuchardt (2) y a signalées sont dignes d'attirer notre

(1) Hajek. *Berl. klin. Wochens.*, 1888.

(2) Schuchardt. 18e Congrès de Chirurgie de la Soc. Allem., 1889.

attention; il y a dans les altérations incessantes que subissent les cellules épithéliales un élément propre à modifier la modalité du microbe.

Mais j'ai voulu envisager ici la bactériologie de l'ozène, surtout au point de vue du diagnostic. La recherche du cocco-bacille de Lœwenberg facilite l'interprétation des cas difficiles, donne la clef de certaines infections des régions voisines, trachée, sinus, oreilles, yeux; elle apporte de nouvelles ressources au traitement, puisque nous savons déjà combien le microbe résiste mal aux températures élevées et à l'action des antiseptiques.

BRUITS SUBJECTIFS D'OREILLE D'ORIGINE SYNESTHÉSIQUE; LEUR TRAITEMENT

Par le Dr **AUGIÉRAS** (de Laval).

Observation. — Mme X..., quarante-six ans. Antécédents héréditaires : nuls. Antécédents personnels : crises de nerfs fréquentes; fièvre intermittente avec point douloureux splénique, il y a huit ans.

Depuis huit ans, céphalalgie fronto-pariéto-occipitale double avec irradiations douloureuses à la nuque et dans le dos. Bourdonnements et tintements dans l'oreille gauche, très incommodes, s'exagérant au lit. A la moindre application des yeux, la vue se trouble, les globes deviennent douloureux et la céphalée s'exaspère. Teint coloré, poussées congestives au visage, surtout après les repas, refroidissement des extrémités, sentiment de faiblesse générale. Frissons et insomnie de temps en temps. Encore réglée, mais peu abondamment et avec leucorrhée. Les tympans sont normaux, les trompes perméables, la perception des sons, osseuse et aérienne, est bonne et égale des deux côtés. Pas de bruits vasculaires à l'auscultation. Pas d'altération des milieux ni des membranes oculaires, acuité visuelle de l'un et de l'autre œil, normale. Emmétropie. Insuffisance de l'accommodation (A = 2). Les émergences des nerfs nasal externe et sus-orbitaire sont très douloureuses, celles du nerf grand occipital sont douloureuses à la pression à droite et à gauche.

Prescription : Repos des yeux. Verres convexes + 2 pour la vision de près. Massage des points douloureux. Quinine et antipyrine. Bromure de potassium.

Au bout de trois semaines, les frissons et l'insomnie ont cessé. La céphalalgie s'est très peu atténuée. Les émergences des nerfs malades sont toujours douloureuses à la pression. Les bruits d'oreille sont aussi forts. Mme X... voit très bien au début avec ses verres, mais au bout d'un instant, les yeux deviennent douloureux et la céphalée s'exaspère.

Prescription : Arséniate de soude. Antipyrine et quinine; répéter les doses en cas de frissons ou d'insomnie. Faire le massage fréquemment et énergiquement. Electrisation galvanique puis faradique de la région douloureuse, quotidiennement d'abord (P — à la nuque, P + sur le front, puis sur les différents points douloureux.

Dès les premières séances, les bruits subjectifs s'atténuent et deviennent intermittents; en même temps, la céphalalgie se calme. Après la sixième séance, les bourdonnements ont cessé, la céphalalgie est très atténuée et dure peu. Après la neuvième séance, plus de bruits subjectifs ni de douleur spontanée. La pression sur les émergences des nerfs est encore douloureuse.

Au bout de quelques jours, une émotion violente suivie de crises de nerfs fait reparaître ces symptômes. Trois séances consécutives d'électrisation en débarrassent de nouveau la malade.

On continue pendant trois semaines à faire deux séances par semaine. Mme X... n'éprouve plus de douleur, n'entend plus de bruits subjectifs. L'émergence du sus-orbitaire droit demeure seule sensible à une forte pression. Mme X... peut appliquer ses yeux sans en éprouver aucun inconvénient.

L'absence de tout autre symptôme de maladie de l'oreille et la conservation parfaite de l'ouïe du côté atteint classent les bourdonnements perçus par Mme X... parmi les bruits subjectifs d'origine nerveuse. Ce bruit a paru en même temps qu'une névralgie cervico-frontale à la suite d'accès de fièvre intermittente. Il n'a été modifié ni en plus ni en moins par l'administration répétée de la quinine. Il s'est atténué et a disparu lorsque la névralgie s'est améliorée sous l'influence d'un traitement local, électrisation des nerfs douloureux et massage de leurs émergences. Il existe donc un rapport manifeste entre la névralgie et les bourdonnements. Les troubles oculaires se sont développés aussi pendant le cours de la névralgie. Ils ont résisté au traitement de l'asthénopie accommodatrice (usage de verres appro-

priés); enfin ils ont cessé, comme les bruits auriculaires, alors que la névralgie guérissait. En somme, l'évolution des symptômes oculaires et auriculaires a été la même et elle a été subordonnée à celle de la névralgie fronto-occipitale.

En 1889, le Dr Chibret (de Clermont-Ferrand) empruntait à un travail du Dr Henri Fromentel (1) le terme de synalgies, classait sous la dénomination d'affections synalgiques de l'œil certaines maladies de cet organe et en indiquait le traitement (2).

Il résumait dans ces conclusions les caractères de cette classe d'affections : « 1° Il existe des affections synalgiques de l'œil, notamment des kératites et des iritis, affections méconnues jusqu'ici. — 2° Ces affections résistent aux différentes médications usuelles : narcotiques, atropine, antipyrine, révulsifs, salicylate de soude, quinine, etc. — 3° Elles peuvent atteindre la cornée ou l'iris, le plus souvent la cornée. — 4° Elles sont toujours douloureuses, quelquefois atrocement douloureuses. — 5° Ce qui caractérise essentiellement les affections synalgiques de l'œil, c'est que la pression digitale est douloureuse au point d'émergence des nerfs sus-orbitaire ou nasal externe, le plus souvent au point d'émergence du sus-orbitaire. — 6° Le massage des points d'émergence des nerfs sympathisants de l'œil amène toujours une sédation des douleurs, une amélioration immédiate de l'affection synalgique, quelque intense, quelque ancienne qu'elle soit; en continuant le massage, le malade évite les rechutes de l'affection et marche sûrement vers la guérison. — 7° Le massage pratiqué à forte pression est très actif, moins actif à faible pression. »

Il est difficile de ne pas ranger les phénomènes oculaires éprouvés par Mme X... à côté des iritis et des kératites du Dr Chibret, dans le cadre des affections synalgiques de l'œil. Par analogie, les bruits d'oreille subjectifs de la même

(1) FROMENTEL. « Synalgies et Synesthésies. » Paris, 1888.

(2) « Etude clinique sur quelques affections synalgiques de l'œil (kératites et iritis); leur traitement par le massage du point algogène » (*Arch. d'Opht.*, 1889).

malade devront être considérés comme des synalgies, ou plutôt des synesthésies de l'organe de l'ouïe. Le massage des émergences n'a pas donné chez Mme X... une amélioration immédiate et bien marquée des phénomènes synalgiques. La septième conclusion citée ci-dessus nous en donne l'explication. Le massage à forte pression, celui qui a donné des effets curatifs si remarquables dans les iritis et les kératites synalgiques, est très douloureux. Il l'est parfois au point de faire tomber en syncope un sujet vigoureux. On s'y soumet pour sauver un œil, difficilement pour guérir une névralgie ou un bourdonnement d'oreille.

Une pression légère sur les points algogènes causait à Mme X... une violente douleur. Elle a fait ses massages avec une légèreté qui leur ôtait la plus grande partie de leur efficacité.

C'est alors qu'un autre agent physique moins pénible à subir, le courant électrique, a été appliqué sur les points douloureux. L'amélioration a commencé de suite. L'hyperesthésie une fois calmée, les massages sont devenus plus énergiques et en même temps plus actifs. Ils ont conservé et accru les effets acquis par l'électrisation, dans l'intervalle des séances, puis ils ont complété la cure.

Les rapports entre la sensibilité cutanée de la face et du crâne et les perceptions auditives ont déjà été signalés. Türck (de Vienne) a attiré l'attention sur ce fait qu'en pressant avec le doigt sur l'apophyse mastoïde et sur la première vertèbre cervicale, on modifiait et on diminuait les bruits subjectifs. Politzer a confirmé cette assertion. Trœltsch signale des synesthésies ayant pour point de départ une excitation du trijumeau et pour résultat la perception d'un bruit. « J'ai noté ce fait frappant, dit-il, que beaucoup de malades ont une augmentation de bourdonnements dès qu'ils portent les doigts sur certaines parties de la face, telles que les paupières, les tempes et les joues, et aussi quand ils se rasent (1). »

(1) Traduction de Kühn et Lévi, p. 511; Delahaye, 1870.

M. Labadie-Lagrave donne, des synesthésies, l'explication suivante : « Une impression produite par une excitation extérieure étant apportée par un nerf sensitif vers un centre nerveux peut déterminer dans ce centre une excitation assez forte pour s'irradier vers des centres voisins; ceux-ci, alors, sont le siège de sensations identiques à celles qui surviendraient s'ils avaient été mis en jeu par les nerfs qui leur apportent normalement les impressions de certains points de la périphérie (1). » C'est aussi l'opinion du Prof. Mathias Duval, qui écrivait au Dr Chibret, à propos des affections synalgiques de l'œil : « Bien certainement, ces faits ne sont explicables que par les relations centrales des nerfs en question (2). » Un fait clinique démontre l'intimité des rapports qui existent entre les noyaux d'origine du trijumeau et ceux de l'auditif. En même temps que se produisent les douleurs fulgurantes dans le trijumeau, les tabétiques deviennent sujets à des bourdonnements d'oreilles auxquels succèdent parfois des tintements, des bruits de cloches, etc. Dans ce cas, l'acuité auditive ne tarde pas à baisser, et il se produit quelquefois des vertiges (3).

En résumé : 1° Il existe des bruits subjectifs d'oreille d'origine synesthésique. — 2° Ils peuvent avoir leur point de départ dans les nerfs sensitifs cutanés de la face et du cuir chevelu, en particulier trijumeau et grand occipital, atteints de névralgie. — 3° Ils sont curables par l'électrisation des nerfs névralgisants et le massage de leurs émergences. — 4° Ils peuvent disparaître avant la guérison de la névralgie.

(1) *Nouv. Dict. de Méd. et Chir. pratiques*, art. NERF, p. 549, 1887.

(2) *Loc. cit.*

(3) PIERRET. « Contribution à l'étude des phénomènes céphaliques du tabes dorsalis » (*Rev. mens. de Méd. et de Chir.*, février 1877).

SUR UN CAS D'ACTINOMYCOSE PHARYNGÉE

Par le Dr G. DIDSBURY

La rareté des observations de l'actinomycose ou mycose leptothricique pharyngée constitue un des points intéressants de son histoire : sans aucune gravité, elle n'attire souvent l'attention du malade qui en est porteur que par de légères sensations de chatouillement. Dans bien des cas elle passe même inaperçue et n'est découverte que par hasard, ce qui peut expliquer la rareté des observations de cette affection.

Le cas que nous allons rapporter rentre dans la catégorie des faits étudiés récemment par Albert Colin : « De la mycose leptothricique » (Thèse de Paris 1893).

Observation. — Une jeune fille de quinze ans, Mlle X..., en pleine période de croissance, grande, maigre, mal réglée, manifestement anémique, est amenée par sa mère qui a remarqué que sa fille avait des points blancs dans la gorge depuis déjà trois mois et qui avaient résisté à divers traitements. En effet, à l'examen de la gorge, on constate sur chacune des deux amygdales des saillies très blanches qui constituent une série de petites tiges hautes de 2 à 3 millimètres environ et terminées par une partie épanouie. On est tenté de comparer ces saillies à des productions végétales, à de petits arbres, à des touffes de champignons, etc. Ces tiges sont très serrées, très nombreuses, et chacune des cryptes et dépressions amygdaliennes semble donner naissance à une tige blanche.

La paroi postérieure du pharynx présente également de ces saillies blanches, principalement au niveau du pilier postérieur du voile.

La base de la langue est indemne. Le toucher de l'amygdale montre qu'elle est dure, résistante sous le doigt.

La malade ne souffre en aucune façon à la déglutition ; il n'y a pas de modifications dans la voix. Jamais de phénomènes aigus, et c'est par hasard que la maladie a été découverte. Le diagnostic de mycose leptothricique est déjà net par l'examen clinique. L'examen microscopique montre les filaments de leptothrix qui ont été traités par une solution faible iodo-iodurée et examinés dans l'eau à un grossissement de 500 diamètres.

Le traitement consiste à arracher ces masses blanches avec des

pinces; mais le nombre considérable de ces productions a demandé une douzaine de séances environ pour débarrasser complètement les deux amygdales. De plus, cet arrachement faisait quelquefois saigner l'amygdale en raison de l'implantation des touffes de leptothrix dans l'épaisseur de l'épithélium, et par cela même l'ablation d'autres touffes était gênée. Après chaque séance, l'amygdale était badigeonnée avec la solution iodo-iodurée. Malgré ce traitement, les productions mycosiques se reproduisaient rapidement et, pour en activer la disparition, l'usage du tabac à fumer fut recommandé à la jeune fille. En effet, Colin (thèse citée) rapporte plusieurs faits d'amélioration rapide chez des malades qui fumaient un assez grand nombre de cigarettes par jour. Bien que notre jeune malade n'ait fumé qu'une cigarette par jour, on put constater une amélioration un peu plus rapide tout en continuant le traitement précédent.

Dans la majorité des cas observés jusqu'à ce jour, c'était chez des jeunes femmes lymphatiques qu'on observait cette affection. Le jeune âge et l'anémie paraissaient favoriser le développement de ces touffes de leptothrix. Disons cependant que l'étiologie est fort obscure et que rien dans le cas que nous rapportons ne permet d'aborder le problème étiologique.

En l'absence de tout phénomène douloureux et de toute réaction générale, on peut conclure que le pronostic est essentiellement bénin. La guérison a peu de tendances à être spontanée, elle est entravée par des récidives fréquentes et ne s'obtient complète que par un traitement long.

DEUX CAS DE CORPS ÉTRANGERS DU NEZ

Par le Dr **RENAUD** (de Nancy).

Deux observations que nous allons résumer nous montrent quelle utilité essentiellement pratique il y a pour tout médecin, même s'il n'est pas spécialiste, à savoir se servir d'un réflecteur, à savoir, grâce à la lumière réfléchie, éclairer une cavité quelconque facilement accessible de cette façon à notre regard investigateur.

Tillaux, dans ses *Cliniques chirurgicales*, insiste sur la nécessité pour tout praticien de pouvoir reconnaître un bouchon de cérumen de l'oreille; il aurait pu ajouter un corps étranger du nez.

Des deux observations que nous allons rapporter, la première nous fut communiquée par notre excellent ami le Dr Frœhlich; l'autre nous est personnelle. Dans toutes deux il y eut erreur de diagnostic que la rhinoscopie dans un cas, l'exploration avec un stylet dans l'autre, vinrent bientôt rectifier.

Observation I. — Boul..., neuf ans (de Laxou); présentait, quand notre confrère fut appelé, tous les symptômes d'une fièvre typhoïde au début.

Epistaxis, un peu de constipation, abattement, fièvre 39°, gargouillement dans la fosse iliaque.

Un purgatif léger semble un peu améliorer l'état du petit malade, mais les épistaxis continuant, notre confrère se décide à examiner les fosses nasales. Un stylet introduit dans une narine vint bientôt butter contre un corps dur. Une pince à disséquer, mors de souris, est introduite et heureusement à la première tentative elle arrive à saisir par son anneau métallique un bouton à bottine qui est facilement amené à l'extérieur.

L'hémorragie cesse, l'état général s'amende; deux jours après l'enfant court dans la rue.

Dans notre observation, l'erreur de diagnostic fut beaucoup plus longue, les symptômes très gênants pour le patient, et cependant un simple examen permit de se rendre compte de l'état de la narine et de découvrir la cause de tout le mal.

Obs. II. — X..., dix-sept ans, élève du lycée de Nancy; vint un jour trouver le médecin ordinaire de cet établissement pour un ozène, qui lui rendait la vie commune insupportable.

Cet état de choses durait depuis sept ans; de nombreux confrères l'avaient vu et ordonné des lavages avec toute la collection des antiseptiques, des prises, traitement général; rien n'y avait fait.

Au premier examen, je trouvai la narine droite obstruée par une masse purulente; un stylet porte-coton butta sur un corps dur légèrement mobile que je pris tout d'abord pour un séquestre. Avec une pince j'arrivai bientôt à extraire le corps du délit qui se présenta sous la forme d'une masse à peu près régulièrement arrondie, d'un gris verdâtre; les couches externes sont assez friables et tombent facilement; une section faite permit de reconnaître non pas un séquestre, mais un noyau de cerise encalculé.

Peu de sang après l'extraction; quelques lavages boriqués furent prescrits, et quand huit jours après je revis le jeune patient, il m'annonça triomphant que tout était rentré dans l'ordre.

Depuis dix mois la guérison s'est maintenue.

Ces deux courtes observations de corps étrangers de la cavité nasale montrent donc bien l'utilité de la rhinoscopie antérieure.

Dans les deux cas, en effet, l'erreur de diagnostic aurait été évitée, et dans le second surtout le jeune malade n'aurait pas eu à souffrir, je n'ose pas dire des traitements médicaux, mais des mauvais traitements de ses condisciples.

SUR UN NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DU BROMURE D'ETHYLE EN OTO-RHINOLOGIE

Par le Dr TEXIER.

L'emploi du bromure d'éthyle en oto-rhinologie ne date réellement que de 1889, et cela grâce aux végétations adénoïdes du pharynx nasal dont les études, tant en France qu'à l'étranger, ont montré la fréquence et l'utilité d'un traitement chirurgical. Moritz Schmidt (de Francfort) eut le mérite de mieux établir que ses devanciers la tactique de l'anesthésie par cet agent, et ce fut bientôt un enthousiasme général. Calmettes et M. Lubet-Barbon le propagèrent en France et il entra dans la pratique de l'oto-rhinologie. Mais beaucoup se refusaient à l'employer après la publication d'alertes pendant l'anesthésie et d'accidents mortels qui lui

étaient dûment imputés. C'est qu'en effet l'administration du bromure d'éthyle était poussée beaucoup trop loin. Notre but est de démontrer, non pas, comme nos devanciers, que l'on peut impunément obtenir l'anesthésie par le bromure d'éthyle, nos expériences physiologiques nous prouvant que l'administration de cet agent n'est pas sans danger, mais qu'on ne doit pas demander à cet agent plus qu'il ne peut donner et qu'on aurait tort de le ranger à côté du chloroforme et de l'éther; on ne doit pas chercher à obtenir l'anesthésie, comme tout le monde l'entend, la résolution musculaire, mais un état transitoire qui la précède, seul capable d'éviter les risques et les accidents. Cet état est obtenu grâce à la méthode que nos maîtres MM. les docteurs Lermoyez, médecin des hôpitaux, et Helme ont employée depuis un an.

Cette méthode consiste à ne faire pénétrer dans l'économie que la dose suffisante pour paralyser les hémisphères cérébraux seuls sans atteindre la moelle. Nous savons, par les travaux de notre maître M. le Prof. Dastre, que les centres nerveux sont successivement impressionnés par l'agent anesthésique, d'abord le cerveau, puis la moelle et le bulbe. Mais tandis que, avec le chloroforme, il n'existe qu'un moment relativement court entre la paralysie du cerveau et celle de la moelle, pour le bromure, au contraire, « il s'écoule un long intervalle entre le moment où l'agent frappe le cerveau et celui où il frappe l'axe nerveux » (Dastre). C'est de cette période que nous cherchons à nous rapprocher pour opérer. Il s'agit donc dans cette méthode de l'abolition des facultés cérébrales et de la conscience seule sans que la moelle soit touchée; l'enfant peut à la rigueur faire des mouvements, pousser quelques cris, mais il n'a pas conscience de souffrir et à son réveil il ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Ce n'est pas là de l'analgésie vraie, puisque l'analgésie est la perte de la sensibilité à la douleur, toutes les autres fonctions vitales étant intactes; alors le malade assiste pour ainsi dire à l'opération, entend, répond aux questions qu'on lui pose, et ne sent rien : telle l'anesthésie

par la cocaïne ; tandis que dans notre méthode il perd toute notion du moi par suite de l'inhibition des cellules cérébrales. Nous n'avons trouvé dans la science aucun mot qui désigne cet état transitoire précédant l'anesthésie vraie ; nous venons de voir que le mot analgésie ne peut lui être appliqué. Le mot qui lui conviendrait le mieux serait celui dont la signification serait exactement « abolition de la conscience » ; c'est au grec que nous avons eu recours et nous comprendrons sous le nom d'apsychie (ἄ privatif, ψυχη, conscience, intelligence) cet état spécial que donne notre méthode d'anesthésie.

Avant de décrire notre nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle, nous examinerons les raisons qui l'ont fait préférer au chloroforme dans l'opération des végétations adénoïdes, celles qui le font repousser par beaucoup de médecins et la cause des accidents qu'il provoque, en nous appuyant sur les expériences de physiologie que nous avons faites au laboratoire de physiologie de la Sorbonne, sous la direction de M. le Prof. Dastre.

Dans les premiers temps, les enfants étaient opérés sans anesthésie. Le patient, effrayé par la vue des instruments, se mettait à crier et à se débattre; c'était une véritable lutte entre le petit malade et les aides chargés de le maintenir. De plus, à ce moment où l'on n'employait pas encore la curette de Gottstein, mais la pince seule, il était difficile au médecin de remettre en place l'instrument pour terminer l'opération, et celle-ci était fatalement incomplète. On employa alors le chloroforme ; ses avantages appréciés le désignaient le premier : on savait s'en servir et on obtenait une insensibilité absolue. Mais à côté de ses avantages il offrait des inconvénients dont les plus importants étaient des dangers connus, laryngo-réflexe au début, syncope cardiaque et respiratoire secondaire ; de plus, c'était donner une importance trop grande à une opération que les procédés actuels permettent de pratiquer en quelques secondes. Enfin, le malade devait être opéré dans la position de Rore, tête déclive (pendante sur le bord de la table), situation peu

commode pour l'opérateur et facilitant le danger de l'hémorragie.

C'est alors que Moritz Schmidt à Francfort et Calmettes à Paris ont préconisé l'emploi du bromure d'éthyle.

D'après tout ce qu'on avait dit jusqu'alors, on pouvait croire que le bromure d'éthyle avait tous les avantages du chloroforme sans en avoir les inconvénients : avec lui, on obtenait l'insensibilité, l'anesthésie complète, avantages du chloroforme. Il avait pour lui en plus la rapidité du sommeil sans agitation, l'absence du laryngo-réflexe par suite de son action non irritante sur la muqueuse laryngée, la brusquerie du réveil. De plus, par suite de la dilatation des capillaires amenant la congestion de la face, on pouvait endormir les enfants assis, ce qui facilitait notablement le manuel opératoire et diminuait les chances d'hémorragie. En dernier lieu, malgré les deux cas de mort de 1880 de Lewis et de Marion Sims, qu'on attribuait au bromure d'éthylène et au mauvais état général du malade, on ne croyait pas que le bromure d'éthyle pût être dangereux et provoquer la mort. Tous les auteurs étaient généralement d'accord pour affirmer qu'il n'agissait pas directement sur le cœur, que les accidents n'étaient dus qu'à l'apnée et aussi à la syncope, et que dans les cas de syncope respiratoire, il est toujours plus facile de faire revenir le malade à lui. C'est alors que le bromure d'éthyle est à son apogée de gloire, employé partout en France et à l'étranger. Mais malgré les statistiques de Julliard et de Gurlt qui donnent un décès sur 14,087 et un sur 4,555, on cite quelques cas de mort, celui de Gley au bout de trois minutes d'anesthésie, celui de Suarez de Mendoza qui fut produit dans les mêmes conditions; ces deux cas ajoutés à ceux de Sims et de Lewis montrent que le bromure d'éthyle est dangereux et peut tuer. Nous ne parlons pas des cas attribués au bromure d'éthylène, Collmar (1889), Gilles (1892), Szumann (1890), ni de ceux d'un article du *Bulletin médical* de 1890 où l'auteur anonyme en cite deux. Si on ajoute, aux cas où le bromure d'éthyle est nettement accusé, les quelques cas qui n'ont pas été publiés,

il faut reconnaître que le bromure d'éthyle n'est pas sans dangers.

A ce moment, les laryngologistes sont moins tentés d'anesthésier par le bromure d'éthyle. A la réunion de la Société de Laryngologie, en mai 1892, M. Lubet-Barbon revenait sur ce sujet à propos de l'ablation des végétations adénoïdes et exposait les services que lui rendait journellement le bromure d'éthyle. Mais la plupart des membres ne s'associaient pas aux conclusions de l'auteur : les uns aimaient mieux revenir au chloroforme, les autres à l'opération sans anesthésie. De même en Allemagne, au Congrès de Laryngologie de 1893 (juin) tous les membres ne se montrent pas satisfaits de la narcose par le bromure d'éthyle.

Les raisons qui le faisaient repousser consistaient non seulement dans la connaissance des accidents mortels, mais encore dans la présence, pendant l'anesthésie, d'alertes graves (cyanose et contractures violentes) et de dangers dans l'asphyxie. De plus, la phase de contracture était précédée parfois d'une période d'excitation telle que la présence de plusieurs aides devenait nécessaire. D'après nos expériences physiologiques, ces accidents résultent soit d'un excès de l'anesthésique, soit de la durée trop grande de la narcose.

S'il est vrai que pour obtenir une anesthésie prompte il faut donner un air saturé de bromure d'éthyle, on ne doit pas pousser trop loin les inhalations, quel que soit le degré du mélange d'air et de bromure d'éthyle, car son emploi devient dangereux. De plus, de nos expériences faites sur des chiens anesthésiés avec une compresse seule ou recouverte d'une toile imperméable, il résulte que cette dernière n'est pas sans danger et qu'elle amène promptement l'asphyxie de l'animal. C'est en effet sur la respiration, après le système nerveux, que le bromure d'éthyle porte ses effets et, si une certaine dose est dépassée, les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus superficiels jusqu'à l'arrêt complet de la respiration ; le cœur continue à battre de quelques secondes à quelques minutes. Un des inconvénients de l'anesthésie vraie par le bromure d'éthyle réside dans le

trismus qui survient assez promptement. Chez les animaux comme chez l'homme il existe; mais tandis que chez celui-ci, c'est par un serrement des mâchoires tel qu'il ne cède qu'à l'écarteur, chez les animaux, c'est par des mouvements cloniques très accentués.

Réduire au minimum ces risques, les écarter complètement même, c'est ce qu'ont cherché à obtenir nos maîtres, MM. Lermoyez et Helme. Par ce procédé nouveau, le bromure d'éthyle réduit son action toxique à un minimum tel qu'on peut le regarder comme ayant une innocuité absolue.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DU BROMURE D'ÉTHYLE. MÉTHODE APSYCHIQUE.

Dans cette méthode on devra prendre vis-à-vis du patient les mêmes précautions générales que dans toute anesthésie. Aucun aliment ne devra être pris à partir de la quatrième ou cinquième heure précédant l'anesthésie : la plénitude de l'estomac nuit en effet aux mouvements respiratoires et provoque des vomissements. Aussi le meilleur moment est le matin, parce que le malade est reposé et l'estomac vide. L'examen des poumons, du cœur et des reins devra être également fait. On devra prendre grande attention aux vêtements; on laissera le cou et la poitrine libres en enlevant le col, la cravate et le corset. Enfin on pourra mettre un léger enduit de vaseline sur les joues pour éviter l'action très légèrement caustique du bromure d'éthyle. On devra donner immédiatement au patient la position qu'il devra occuper pendant l'opération. La meilleure situation est la suivante : « Le petit malade est assis sur les genoux d'un aide, qui lui maintient les jambes entre les siennes. Tandis qu'avec la main droite l'aide fixe la tête du malade, avec sa main gauche il prend les mains de l'enfant qui pour plus de précaution sont emprisonnées dans une alèze faisant le tour du corps » (Helme).

Le meilleur appareil à employer sera le masque de flanelle perméable. Il ressort de quelques observations cliniques

(d'accord avec l'expérimentation) où nous avons employé le masque imperméable à rosette que l'apsychie était beaucoup plus lente à obtenir; l'enfant dormait mal et se débattait davantage. De plus, il y avait un léger degré d'asphyxie provenant du manque d'air qui ne pouvait passer à travers le tissu imperméable.

Sur le masque de flanelle on verse d'un seul coup 2 à 5 grammes de bromure d'éthyle fraîchement préparé chez les enfants de trois à huit ans, de 5 à 10 grammes chez ceux de huit à quinze ans; en aucun cas on ne doit dépasser cette dose.

Nous ne croyons pas qu'il soit très utile de faire sentir préalablement quelques gouttes ; il suffit d'appliquer doucement le masque sur le nez et la bouche de l'enfant, en ayant soin de ne pas couvrir les yeux, qui nous seront d'un indice précieux pour saisir le moment d'opérer.

Le premier effet du bromure d'éthyle sur le patient se caractérise par un mouvement de tête pour se débarrasser du masque, en même temps qu'une période d'apnée d'une durée de dix secondes en général ; puis à cet arrêt de la respiration succèdent de grandes inspirations, larges, espacées pendant une quinzaine de secondes.

Les yeux, le plus souvent largement ouverts, présentent une injection des vaisseaux de la conjonctive en même temps qu'une dilatation légère des pupilles. C'est à ce moment qu'il faut enlever le masque et commencer de suite l'opération.

La durée des inhalations est donc très courte ; le masque n'est laissé que de quinze à trente-cinq secondes, et, en aucun cas, il ne faut dépasser quarante secondes. Si on compte que la période d'apnée dure environ une dizaine de secondes, il en résulte que le malade n'a inspiré du bromure que de sept à vingt-cinq secondes.

Ce sommeil est caractérisé par la persistance de la tonicité musculaire, par la conservation des réflexes pharyngiens et laryngiens et l'absence de trismus. En effet, pendant l'opération on n'observe pas la mobilité de la tête, ni la chute de l'objet tenu dans la main ; l'aide qui maintient l'enfant perçoit

parfaitement la tonicité des muscles du cou. On observe rarement du trismus avec cette méthode; s'il en existe parfois, il est si peu prononcé qu'une légère pression avec un abaisse-langue suffit pour le vaincre.

Pendant l'opération, l'enfant ne se défend pas, n'offre aucune résistance et ne crie jamais. Peut-être présente-t-il parfois un très léger mouvement de défense quand on l'opère, mais il est purement d'origine médullaire et l'enfant ne souffre pas. S'il vient à crier, ce n'est qu'à la fin de l'opération, mais ces cris ne sont nullement l'indice de souffrance ; Interrogés le lendemain par les parents ou par l'opérateur, tous nos malades avouent n'avoir rien senti et ne se souviennent de rien de ce qui s'est passé.

Un autre phénomène caractérise cette méthode : c'est l'absence de transition du réveil; l'opération terminée l'enfant crache de lui-même sans qu'on ait besoin de le lui dire, comme s'il était absolument éveillé; il n'a aucun malaise, pas de sensation d'ivresse ni de titubation marquée, pas d'excitation post-opératoire sauf un ou deux cas où il y a eu des phénomènes d'attendrissement. Jamais nous n'avons observé de vomissements directement post-opératoires.

En somme : « Le malade ne dort pas au vrai sens du mot, et pour qui ne connaît que l'anesthésie chloroformique, il semble être opéré à l'état de veille; mais il ne sent pas, ce qui est capital pour lui, et il ne résiste pas, ce qui est essentiel pour le chirurgien; même si parfois il se plaint pendant l'opération, jamais ensuite il ne se souvient de ce qui s'est passé. Pour bien saisir le moment où le cerveau vient d'être paralysé, il faut cesser l'inhalation dès que la pupille commence à se dilater et la conjonctive à s'injecter légèrement » (Lermoyez).

Avec cette méthode, le bromure d'éthyle présente donc une innocuité absolue. Dans toutes les éthylisations de MM. les Drs Lermoyez et Helme et dans celles que nous avons recueillies à leur clinique, nous n'avons presque jamais ni observé le moindre accident, ni éprouvé la plus petite

alerte. En effet, comme toute méthode, la nôtre n'est pas absolue, et nous avons trois observations où, sans s'être départi des règles que nous avons posées, des phénomènes d'anesthésie vraie sont survenus (trismus, résolution musculaire, excitation post-opératoire). Ceci nous montre combien le bromure d'éthyle est loin d'être inoffensif, même à la plus petite dose.

Indications en oto-rhinologie. — On doit s'occuper tout d'abord de l'âge des malades. La seconde enfance, de trois à seize ans, est la période d'élection de la vie pour donner le bromure d'éthyle. Avant trois ans, l'éthylisation est inutile, les petits sujets étant inconscients et faciles à manier; si l'opération devait avoir une longue durée, on aurait recours au chloroforme, si bien supporté dans la première enfance.

Chez l'adulte, après seize ans, nous ne donnons jamais le bromure d'éthyle; d'une part, le sommeil est très difficilement obtenu et accompagné d'une phase d'excitation notable qui persiste souvent plusieurs heures après l'opération. En second lieu, la cocaïne rend les meilleurs services dans nos opérations; pour les végétations adénoïdes, il suffit d'insuffler à l'aide du lance-poudre de la cocaïne pulvérisée et pour l'ablation des amygdales de faire un badigeonnage avec une solution forte de cocaïne. Ces opérations, fort peu douloureuses par elles-mêmes, ont été fort bien supportées par nos malades.

Dans cette méthode, la conscience n'étant abolie que de trente à quarante secondes environ, on ne devra pratiquer que des opérations de cette même durée. L'ablation des végétations adénoïdes consistant en un coup de pince et plusieurs coups de curette ne demande guère que quinze à vingt secondes.

De même l'ablation d'une amygdale à l'anse chaude, suivant la pratique de mes maîtres, s'effectue en quinze secondes environ. Nous avons même un cas où les deux amygdales furent enlevées par le même procédé sans avoir recours à une nouvelle dose de bromure d'éthyle. Si, au lieu de l'anse chaude, on fait le morcellement de l'amygdale, à

l'aide de la pince de M. Ruault, le temps est également suffisant à condition de n'opérer qu'une amygdale par séance.

Dans les affections des oreilles, cette méthode pourra être employée pour enlever les polypes de l'oreille et pratiquer la paracentèse du tympan.

Contre-indications. — A cette dose faible, suffisante pour des opérations de courte durée, il n'y aura que bien peu de cas contraires à cette sorte d'anesthésie.

Toutefois il y aura des cas de contre-indication absolue : les affections tuberculeuses et congestionnelles du poumon, ainsi que les affections congénitales et valvulaires du cœur. On évitera également de donner le bromure chez les rénaux. A côté de ces cas il y en a de contre-indication relative, tels certains états nerveux : caractères taciturnes, état de dépression, enfants ayant peur de l'opération.

Sauf ces cas très rares dans la seconde enfance, nous pouvons dire qu'il n'est presque aucune contre-indication à cette méthode.

Pour nous résumer, nous poserons donc les conclusions suivantes :

1° Pour les opérations rhinologiques que nous envisageons, on a substitué au chloroforme le bromure d'éthyle pour les raisons connues : absence de danger, rapidité d'action, facilité d'opérer dans la position assise.

2° L'anesthésie classique par le bromure d'éthyle se fait par l'administration en masse; dose : de 5 à 30 grammes; durée : de une à deux minutes jusqu'à la résolution complète.

3° Mais cette anesthésie n'est pas aussi inoffensive qu'on l'a dit et elle a donné des cas de mort due à l'action du bromure d'éthyle sur le bulbe par apnée et par syncope.

4° Pour se mettre à l'abri de ces accidents, nous avons imaginé une méthode nouvelle basée sur ce fait qu'il s'écoule un long intervalle entre le moment où le bromure d'éthyle frappe le cerveau et celui où il agit sur la moelle.

5° Cette méthode consiste à ne donner le bromure que pendant un temps et sous une dose strictement suffisante

pour obtenir l'inhibition cérébrale, en s'arrêtant avant que la moelle soit touchée.

6° Il en résulte que si la sensibilité à la douleur n'est pas abolie, la perception consciente de cette douleur est momentanément supprimée; dès lors le patient ne souffre pas et par conséquent ne se défend pas.

7° Nous proposons de donner le nom d'apsychie à cet état qui est exactement inverse de l'analgésie habituelle; en effet dans l'analgésie, la conscience persiste et la sensibilité à la douleur est émoussée, tandis que, dans l'apsychie, qui, à tout prendre, n'est qu'une sorte d'ivresse brométhylique, les choses se passent d'une façon absolument inverse.

8° Pour obtenir ce résultat, nous donnons d'un seul coup 3 à 5 grammes de bromure d'éthyle chez les enfants de trois à huit ans, de 5 à 10 grammes chez ceux de huit à quinze. Le temps nécessaire varie de quinze à trente-cinq secondes. En aucun cas, on ne doit dépasser ces limites.

9° Cette méthode donne une période opératoire allant de trente à quarante secondes qui permet les opérations suivantes en oto-rhinologie : végétations adénoïdes, amygdales, polypes de l'oreille, paracentèse du tympan.

10° Nos observations nous montrent les avantages de cette méthode : d'abord son innocuité et en second lieu la rapidité avec laquelle ses effets s'exercent, rapidité du début et rapidité de disparition.

DES PHARYNGITES CHRONIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR LE PHÉNOL SULFORICINÉ

Par le Dr **V. BLONDIAU** (de Charleroi).

Tous les efforts tentés pour arriver à faire naître de cet assemblage confus d'affections chroniques des voies bucco-pharyngiennes une classification quelconque sont jusqu'à ce jour restés vains ou n'ont abouti qu'à un résultat imparfait. Toutes les tentatives ont échoué devant le nombre considérable de variétés de ces altérations. Les caractères étiologiques, les symptômes de ces angines partielles ne

permettent point d'accorder à chacune de ces variantes une autonomie indispensable à toute classification.

Suivant l'exemple de plusieurs auteurs, nous prendrons quelques types cliniques auxquels nous rattacherons les diverses formes qui n'en diffèrent que par quelques particularités, quelques caractères de voisinage. Un arrêt à telle ou telle période de l'évolution amène des formes spéciales qu'il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de ranger exactement. Quelques symptômes locaux persistant en différents points, se modifiant en d'autres, amènent une diversité étrange dans ces genres d'affections et viennent accroître encore le nombre des variétés.

En écrivant ces quelques lignes, mon but n'est point de vouloir approfondir l'étiologie, décrire les symptômes de l'angine chronique, faire en un mot l'histoire complète de cette affection. Non. C'est le traitement que je vise, c'est sur lui que je m'appesantirai donc.

L'histoire de ces affections a été faite et répétée. Que pourrais-je ajouter encore à ces admirables travaux écrits par mon maître et ami, le distingué Directeur de la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, M. Ruault, et rassemblés dans le grand ouvrage de Charcot et Bouchard.

Un point reste cependant toujours à étudier, et comme la glaise du sculpteur, il peut être trituré, retourné, travaillé en tous sens jusqu'au jour où il atteindra la perfection. Ce point, c'est le traitement qu'il s'agit d'approprier le mieux au cas observé. Il faut pouvoir utiliser son traitement et le manipuler jusqu'à ce qu'il donne pleine satisfaction à nos malades.

Que de chemin n'avons-nous pas encore à parcourir dans cette voie, où tous devraient se donner rendez-vous, où toutes les intelligences devraient entrer en lutte !

C'est ce point-là que nous allons bientôt examiner.

La pharyngite chronique n'est, en somme, qu'une partie envisagée de l'angine chronique qui, elle, s'étend au pharynx buccal, aux piliers, à la luette et au voile du palais.

Ces pharyngites, qu'elles soient sous la dépendance d'une affection syphilitique, tuberculeuse; qu'elles apparaissent au cours d'une maladie infectieuse quelconque; qu'elles soient la conséquence d'une diathèse herpétique, si vous le voulez, de troubles digestifs, nerveux, ou qu'elles soient, comme il arrive fréquemment, un état consécutif à une inflammation des amygdales ou à une affection du nez, elles débutent la plupart du temps par un état aigu.

Je n'exclus certes pas la possibilité d'une pharyngite chronique d'emblée, mais le cas est peu fréquent.

Selon notre intention exprimée plus haut déjà, nous relions nos différentes variétés de pharyngites à trois types bien distincts, et je crois être d'accord avec bon nombre d'auteurs :

1° La pharyngite simple, érythémateuse; 2° la pharyngite hypertrophique ou granuleuse; 3° la pharyngite sèche, atrophique.

Je partage entièrement l'avis de Lennox-Browne, qui admet que ces types de pharyngites que nous classons et leurs variantes ont un point de départ commun. Elles sont, écrit-il quelque part, l'effet d'un même processus anatomo-pathologique.

En présence de ce fait, la nécessité d'une classification ne se fait plus guère sentir.

Des phénomènes de congestion se produisent à cet endroit et déterminent, par suite de sécrétion anormale, de l'hypertrophie des follicules lymphatiques. Cette hypertrophie, par la compression exercée dans le voisinage soit sur les tissus glandulaires eux-mêmes ou sur les canaux excréteurs, amène rapidement des altérations de ce côté.

Partant donc de ce point de départ et suivant la marche de l'affection, nous rencontrerons les différents types précités, qui ne sont, en somme, que des stades d'une évolution unique.

Tout d'abord, à l'état aigu fait suite un état congestif qui, entretenu par la cause toujours persistante (soit affection du nez, abus de tabac, d'alcool, exagération de la parole, etc.), se maintient et devient chronique. La muqueuse prend une

coloration rouge intense, vineuse même. La sécrétion, abondante au début, diminue pour tarir bientôt, si la pharyngite continue son évolution.

A la suite de cette hypérémie donc, une infiltration de la muqueuse se produit accompagnée en certains points de modifications des différentes parties anatomiques sous-jacentes, d'où naît de l'hypertrophie des follicules lymphatiques.

L'infiltration disparaît, il ne reste plus que des granulations adénoïdes, et nous nous trouvons ainsi en présence du type dénommé : pharyngite granuleuse.

Reste enfin la période ultime de cette évolution, la pharyngite sèche, ou mieux atrophique.

Dois-je répéter ce que je disais il y a quelques instants? Non : personne n'ignore combien cet état se ressent d'une médication générale dans la plupart des cas, et plus d'un aussi aura pu observer ce fait étrange de la disparition de la pharyngite granuleuse après l'ablation des éléments adénoïdes du naso-pharynx et le traitement de l'hypertrophie des amygdales pharyngées et linguales.

Et cet état persistant, n'avons-nous pas plusieurs modes de traitement à notre disposition pour le combattre? Certes, et cela serait m'entraîner trop loin que de les vouloir envisager tous. Dans ce cas, le galvanocautère occupe la première place. Pratiquée avec soin, la cautérisation faite superficiellement au niveau des granulations et sur une étendue restreinte — mieux vaut, de crainte d'une réaction trop violente, répéter la manœuvre plus fréquemment et prendre partie par partie — permettra de combattre aisément ce genre de pharyngite.

Dans l'affection mixte, à la fois granuleuse et atrophique, il est de toute évidence que ce mode de traitement doit être effectué avec un soin minutieux et qu'il faut surtout éviter de porter avec le cautère, à certains endroits atrophiés, un excitant nouveau à ce troisième genre de pharyngite que nous allons aborder.

Mais avant, et je laisse intentionnellement de côté le traitement par les caustiques chimiques, que je considère de

beaucoup inférieur à l'ignipuncture, je crois devoir appeler l'attention sur une thérapeutique récemment introduite dans notre partie.

En 1889, mon savant maître M. Ruault, en collaboration avec M. Berlioz, publiait, dans les *Archives de Laryngologie*, un article très intéressant sur l'emploi de l'acide sulforicinique comme dissolvant de quelques médicaments utilisables en applications topiques.

C'était le premier pas fait vers la découverte d'un traitement qui, plus tard, devait avoir une réelle importance.

Le naphtol, d'abord, tenu en suspension dans l'acide sulforicinique, donna au distingué spécialiste des résultats très encourageants.

Toujours sur la brèche, cherchant à doter notre thérapeutique d'éléments sérieux, il applique sa découverte dans différentes affections, notamment dans la diphtérie, la laryngite tuberculeuse, etc.

Les résultats obtenus devinrent plus brillants encore lorsqu'il substitua au naphtol β l'acide phénique.

La preuve nous en est fournie déjà en 1891 dans un article du Dr A. Berlioz intitulé : « L'acide sulforicinique et le phénol sulforiciné : leur emploi en thérapeutique » et paru dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 déc. 1891.

Dans ce travail, le collaborateur du Dr Ruault nous donne, à côté de considérations pharmacologiques des plus détaillées, un aperçu de l'emploi thérapeutique important de ce nouveau procédé. Plus tard, dans la partie spécialement traitée par le Dr Ruault dans l'ouvrage de Charcot et Bouchard, nous trouvons franchement préconisé ce traitement dans la phtisie laryngée et déjà basé sur une quantité d'observations, jusqu'au jour où, dans une récente publication (1), véritable couronnement de l'œuvre, le travailleur infatigable assure à cette médication la place qu'elle mérite dans le traitement des affections tuberculeuses buccales, nasales et pharyngées.

(1) « Le phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée », par le Dr Albert Ruault. Masson, éditeur, Paris.

Personnellement, accueilli en qualité d'aide de clinique à la clinique des sourds-muets en 1894, j'eus l'occasion d'expérimenter le phénol sulforiciné.

Je ne veux point entrer ici dans des détails sur le mode de préparation, applications thérapeutiques spéciales, etc., toutes parties que l'on peut lire dans les différents travaux précités et auxquels certes je ne pourrais rien ajouter. Désireux de rester dans le domaine choisi, je ne toucherai pas davantage à l'application du phénol dans les affections laryngées, dans la diphtérie, dans l'ozène, la rhinite atrophique, etc. Les faits que je pourrais ajouter, les cas vus et ceux observés depuis mon départ de la clinique n'ont fait, du reste, que corroborer les observations du Dr Ruault.

S'il appartient au spécialiste de Paris d'avoir fait valoir l'avantage de ce produit médicamenteux absolument inconnu encore pour de nombreux confrères, après l'avoir introduit dans notre thérapeutique, je crois être des premiers à signaler toute l'importance que l'on peut retirer du phénol sulforiciné dans le traitement des pharyngites que nous envisageons dans cette étude.

En effet, la pharyngite granuleuse, que j'ai laissée, tout à l'heure, livrée aux agents chimiques et à la galvanocaustie, a été parfois avantageusement traitée par le phénol sulforiciné combiné au massage vibratoire. J'eus l'occasion, tant à la clinique des sourds-muets qu'à la policlinique de Paris confiée à la direction de mon excellent ami M. Natier, de pratiquer cette méthode, que j'ai du reste continuée depuis. Les résultats, bien qu'ayant été satisfaisants dans maintes circonstances, n'atteignent certainement pas ceux obtenus par l'ignipuncture. Aussi ce traitement ne nous retiendra-t-il pas plus longtemps en ce qui concerne l'hypertrophie granuleuse.

c) Toute différente fut l'application que je crus devoir faire de cette médication dans la pharyngite sèche atrophique. Mes recherches portant de ce côté trouvent leur raison dans le peu de ressources qu'offre notre thérapeutique dans cette affection si pénible pour le malade, si difficile à déraciner pour le praticien.

Quand trouverons-nous donc le moyen de guérir cette affection si tenace? me disait, il y a peu de temps, un de mes confrères spécialistes de Bruxelles. Et combien d'autres encore devraient, dans tel cas, avouer leur impuissance!

Les nombreuses observations recueillies tant dans les différentes cliniques de Paris que dans mon service à l'hôpital de Charleroi et dans ma clientèle privée me permettent d'augurer d'excellents résultats du traitement par le phénol. Je vous convie donc à l'expérimenter.

Ici comme dans les autres cas, les mêmes précautions concernant toute affection pouvant entretenir le mal doivent être rigoureusement observées.

Dans la pharyngite sèche amenée par l'existence d'une obstruction nasale, suite de végétations par exemple, là où la sécheresse est due à la persistance de la bouche maintenue ouverte et au passage direct de l'air dans le pharynx, là où les modifications et transformations anatomiques n'existent pas encore, une friction énergique au phénol suffit généralement pour faire disparaître le mal, en s'assurant toutefois contre toute récidive par la disparition de la maladie essentielle.

L'aspect vernissé que nous pouvons observer ici et qui peut être déjà un indice d'une atrophie sous-jacente disparaît bientôt pour faire place à des phénomènes inflammatoires avec persistance de la rougeur. Finalement, après un nombre de séances peu considérable, on réussit à rappeler cette sécrétion un instant disparue.

Les frictions énergiques pratiquées avec le phénol sulforiciné de préférence à 30 °/₀ ramènent une activité vitale nouvelle et rétablissent le bon fonctionnement des glandes mucipares et des canaux excréteurs, après avoir donné un aspect normal à la muqueuse pharyngienne.

Les cas de pharyngite qui sont provoqués par la rhinite atrophique, l'ozène, etc., et qui persistent lorsque l'affection du nez a disparu me paraissaient au début presque inattaquables J'aurais certes abandonné la pratique du phénol, dans ce cas, pour fixer mes recherches d'un autre côté, si je

n'avais cru bon d'expérimenter la scarification combinée à l'action du phénol en frictions.

Les résultats obtenus dépassèrent mes espérances.

Sans vouloir faire ici une énumération des différents cas observés, accompagnée d'une description des symptômes présentés et combattus, je ne puis cependant passer sous silence deux observations que je considère comme très démonstratives.

Observation I. — Il s'agit tout d'abord d'une dame J..., âgée de trente-sept ans, soignée à la clinique des sourds-muets de Paris et présentant une pharyngite sèche consécutive à une hypertrophie chronique considérable des cornets et de la muqueuse du nez en général. L'obstruction nasale disparue, après transfixion faite des cornets, la pharyngite manifestement atrophique chez notre malade disparut après six frictions répétées à trois jours d'intervalle. Le traitement avait produit son effet et cela malgré les excès de langage, exigences de la profession de cette dame. La guérison obtenue, le mal ne reparut plus.

Obs. II. — Un cas des plus intéressants est celui de Mme D..., que je soignai à la policlinique de Paris en mai dernier.

Atteinte de rhinite atrophique bon nombre d'années auparavant, Mme D... avait conservé une pharyngite atrophique qui avait résisté à tout traitement jusqu'à ce jour, bien que l'affection du nez eût été entièrement guérie.

Atrophie des plus intenses, c'était là ce qu'il y avait de véritablement classique. Les frictions répétées chez elle amenèrent certaines modifications, mais peu durables. Le soir de l'intervention, le lendemain même, la sécheresse se faisait beaucoup moins sentir et les effets de mon intervention s'étendaient jusque dans le naso-pharynx, également le siège d'une certaine atrophie.

Cependant les résultats ne furent réellement durables que lorsque j'eus effectué chez elle des scarifications que je faisais suivre de frictions énergiques.

Après quelques séances, la malade fut complètement rétablie et, revue trois mois après, la pharyngite n'avait plus fait ressentir ses effets désagréables.

Vous signalerai-je le cas, encore en traitement dans mon service à l'hôpital civil de Charleroi, d'un jeune homme

atteint de rhinite atrophique avec ozène des plus intenses, mucosités dans le naso-pharynx, croûtes recouvrant la muqueuse du pharynx buccal où, au début, se voyait nettement la pharyngite, atrophique en partie déjà et dont notre jeune homme n'accusait que trop les symptômes ?

Je traitai en même temps et le nez et le pharynx.

Les frictions au phénol répétées de deux en deux jours chez ce malade eurent vite raison des symptômes siégeant au niveau du pharynx. Malgré la persistance de sa rhinite à l'heure qu'il est, il y a longtemps qu'il n'a plus accusé la moindre gêne du côté du pharynx, où le traitement a été suspendu.

Cent autres cas de ce genre et de différentes variétés pourraient vous être présentés. Tous contribueraient à faire ressortir l'importance qu'il y a à pratiquer ce mode de traitement.

Peu douloureux pour le malade, il détermine, quelques instants après, une sensation de cuisson qui peut même parfois être assez vive. Localement, la partie atteinte est recouverte d'une couche blanchâtre, résultat de l'émulsion qui se produit à la surface de la muqueuse.

Sous cette couenne blanchâtre se passe une réaction inflammatoire qui peut parfois se prolonger un peu, mais toujours sans danger pour le malade. Essentiellement antiseptique, ce liquide n'offre aucune possibilité d'altération de l'état général par sa pénétration dans l'organisme.

Quant à l'action chirurgicale que j'ai cru indispensable d'ajouter à l'intervention médicamenteuse pratiquée à l'aide du médicament signalé, je la considère comme très réalisable.

Un badigeonnage léger à la cocaïne au cinquième est parfois très utile pour des personnes sensibles ou trop excitables. Avec un bistouri fin très affilé, monté sur un manche long, et généralement sans anesthésie locale préalable, je pratique des scarifications distantes de cinq à six millimètres. Elles sont obliques de haut en bas. D'autres obliques en sens inverse viennent croiser les premières de manière à former par leur rencontre des losanges.

L'hémorragie qui se produit cesse rapidement et n'empêche en rien l'application immédiate du médicament, qu'il convient cependant de retarder jusqu'à disparition des effets de la cocaïne, si on a été appelé à en user.

Cette intervention plus énergique met évidemment le phénol en contact avec les parties plus profondes ; agissant par effet plus direct sur les parties malades : glandes et canaux, etc., elle contribue largement à faire revivre ces éléments.

La friction est opérée à l'aide d'un tampon d'ouate porté sur une pince de préférence naso-pharyngienne. Je pratique ordinairement cette manœuvre à intervalles de cinq à six jours, si la scarification est rendue plusieurs fois nécessaire. Sans entrer dans plus de détails, je signale donc ce mode de traitement à l'attention des confrères spécialistes. Qu'ils veuillent bien accorder à ces applications intéressantes du phénol sulforiciné, que nous devons au distingué spécialiste Dr Ruault, tout l'intérêt qu'elles méritent.

Dans le cas qui nous intéresse, ils auront tout lieu d'être satisfaits et bientôt reconnaîtront avec nous toute la valeur du traitement complété par les scarifications que j'applique dans les cas que nous venons d'examiner et spécialement dans les pharyngites atrophiques, restées rebelles jusqu'à ce jour à toutes interventions.

Puisse aussi l'excellent travail du Dr Ruault, récemment paru, mettre en évidence l'importance du phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée, et contribuer à répandre cet élément thérapeutique nouveau.

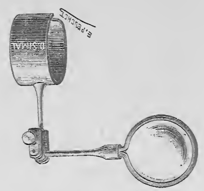
Le phénol sulforiciné sur la table de tous nos confrères spécialistes, c'est la meilleure récompense aux labeurs du savant docteur de Paris et l'assurance d'un soulagement nouveau apporté à de nombreux malades.

INSTRUMENTS

DOIGTIER A LOUPE
du Dr **MOLINIÉ** (de Marseille).

Ce petit instrument est destiné à fournir une image grossie du tympan. Déjà pour atteindre ce but on a construit divers appareils ou adopté diverses combinaisons prêtant plus ou moins à la critique.

C'est ainsi que l'otoscope de Brunton, qui donne une image bien nette et agrandie du tympan, n'a jamais été très répandu bien que son existence ne soit ignorée de personne. On lui fait couramment le reproche d'être coûteux et encombrant.



Doigtier à loupe du Dr Molinié.

Les loupes que l'on a montées sur des *speculum auris* exigent l'adjonction sur chaque otoscope d'une monture spéciale et d'une tige à glissière, qui est très incommode surtout lorsqu'on veut faire l'*asepsie* de l'instrument après chaque examen. Certains otologistes se servent pour voir les détails du tympan d'une simple loupe ; mais cette pratique, qui les oblige à immobiliser la main droite, les condamne à se priver de toute exploration au stylet pendant la durée de l'examen.

Toutes ces petites incommodités sont supprimées avec le doigtier à loupe du Dr Molinié. Cet instrument est, comme son nom l'indique, composé simplement d'une bague ayant un support de 15 millimètres et d'une loupe de 8 centimètres de foyer. Ces deux pièces sont réunies par une articulation à noix permettant à la loupe d'évoluer dans plusieurs plans et de tourner sur son pivot.

Pour s'en servir on chausse le doigtier sur la première phalange de l'index gauche et après avoir éclairé le tympan

selon l'usage et avec les instruments habituels, on amène la loupe dans l'axe du spéculum.

La disposition des pièces permet de ramener toujours le tympan au foyer de la lentille, quels que soient l'âge du sujet et la longueur du conduit.

La main droite restant libre, on peut compléter l'examen *de visu,* par l'exploration au stylet coudé; on peut même pratiquer des opérations sur l'image ainsi grossie du tympan.

Ajoutons que son usage ne modifie en rien la méthode habituelle d'examen et n'exige aucun apprentissage. Quand nous aurons dit qu'il est d'une grande légèreté (la monture étant en aluminium), qu'il est facilement transportable et d'un prix de revient très modique, nous aurons tout lieu d'espérer que ces avantages lui vaudront une place dans l'arsenal de tous les otologistes.

NOTE SUR UN NOUVEL ACOUMÈTRE

Par le Dr **Paul HELOT**, chirurgien honoraire des hôpitaux de Rouen, professeur libre à l'Ecole de médecine pour les maladies du nez, de la gorge et des oreilles.

L'acoumètre que j'ai imaginé est sommairement décrit dans un pli cacheté, déposé le 25 octobre 1891 à l'Académie de médecine. En voici la copie :

« L'acoumètre du Dr Helot (de Rouen) se compose essentiellement d'un robinet mettant en communication, au moyen d'un tuyau acoustique, l'oreille avec une source sonore.

» Le robinet est disposé de telle façon que son ouverture peut varier d'une façon régulière et que la dimension de cette ouverture se trouve inscrite sur une échelle graduée.

» La source sonore peut être la montre, le balancier d'une pendule, le métronome, des diapasons ou des sonnettes électriques, une boîte à musique, le piano, etc., pourvu que ces divers instruments soient placés assez loin ou disposés de telle façon qu'on ne puisse les entendre qu'au moyen du tube acoustique.

» On peut examiner chaque oreille isolément, ou, quand

on soupçonne une surdité simulée, au moyen de deux tubes comme d'habitude.

» Il suffit pour mesurer l'audition de prendre note de la dimension de l'ouverture correspondant à la cessation de la perception. En se servant à chaque expérience des mêmes sources sonores, les diverses épreuves seront absolument comparables.

» La durée de perception du diapason électrique dont on arrête l'excitation peut servir de contre-épreuve. Dans ce cas il faut employer l'acoumètre à pleine ouverture.

» Cet instrument sert également à la recherche de l'intensité et du ton des bruits pathologiques entendus par les malades et à leur traitement. »

Mon acoumètre est resté théoriquement tel que je le décrivais en 1891 ; mais j'ai dû remplacer le robinet par trop primitif, qui avait servi à mes premières expériences, par un appareil de précision fort bien construit par Mathieu. Cet instrument se place également sur le passage du son et se déplace comme le barillet des revolvers ou mieux comme les diaphragmes tournants de certains appareils photographiques. La plaque tournante possède dix-huit trous qui viennent se placer successivement dans l'axe du tube ; le plus grand mesure cinq millimètres de diamètre, le plus petit seulement un vingtième de millimètre. Il faut, dans le dispositif que j'ai adopté, une oreille très fine pour entendre la sonnette ou le diapason électrique, placé dans une pièce éloignée, à travers l'ouverture infiniment petite du dernier trou, tandis qu'on peut dire extrêmement sourde l'oreille qui ne les entend pas à travers le plus grand.

Pour faire l'exploration de l'audition au moyen de mon acoumètre, on doit d'abord boucher l'oreille qui n'est pas en cause et appliquer l'entonnoir en gutta-percha qui termine le tube acoustique, sur celle à examiner.

Les dimensions de cet entonnoir sont assez grandes pour embrasser non seulement l'oreille, mais la région voisine, et les mettre à l'abri des bruits environnants. L'auriste fait vibrer la sounette en appuyant sur une pédale, l'appareil ne laissant passer le son que par la plus petite ouverture.

Dans ces conditions, il est rare que le malade entende quelque chose ; aussi doit-on rapidement faire passer les divers diaphragmes devant l'ouverture du tube, jusqu'à ce qu'on entende nettement. Ce n'est plus ensuite qu'une affaire de tâtonnement en avant ou en arrière, pour être fixé sur l'ouverture minima pouvant permettre l'audition. Il est bon de reprendre l'expérience en sens inverse, c'est-à-dire en commençant par la plus grande ouverture, que l'on rétrécira progressivement jusqu'à ce que le malade cesse d'entendre. C'est un moyen de vérification qui a son importance. Après avoir fait entendre la sonnette, on fera de même pour le diapason. On notera le numéro du diaphragme correspondant à la cessation de l'audition, et aussi la durée de la perception du diapason à pleine ouverture.

Avec le robinet que j'employais primitivement, j'avais un son *continu*, régulièrement plus intense ou moins intense, suivant que je l'ouvrais ou que je le fermais. Or on sait que toute sensation s'émousse par sa continuité ; il pouvait donc arriver que l'oreille, pour cette raison, cessât d'entendre, alors qu'elle eût été capable de le faire encore, si une légère interruption était venue raviver la sensation. Mon diaphragme fabriqué par M. Mathieu a cet avantage qu'il y a interruption avant chaque variation d'ouverture.

Ce qui manque à mon acoumètre autant qu'à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à ce jour, c'est une source sonore réglée par des mesures invariables comme celles de la pesanteur, de la chaleur, etc. Mais le jour où les physiciens auront satisfait à ce desideratum, mon appareil, par son extrême simplicité, en même temps que par sa précision, rendra grand service aux auristes, en leur permettant de comparer sûrement leurs observations.

Actuellement, il sert surtout à faire constater d'une façon précise le degré relatif de surdité ; il montre si elle s'aggrave ou diminue. Il permet de déterminer le ton et l'intensité des bruits pathologiques. Enfin, il est d'un usage pratique au milieu du bruit des cliniques, alors qu'il est impossible de faire une exploration précise avec les moyens habituels.

ACOUMÈTRE ÉLECTRO-TÉLÉPHONIQUE

Par les D[rs] E. J. MOURE et BORDIER.

J'ai l'honneur de vous présenter au nom de M. le D[r] Bordier (de Lyon) et au mien, un nouvel acoumètre basé sur le claquement téléphonique. Cet appareil se compose :

1° D'une pile Leclanché ;

2° D'un milliampèremètre et d'un rhéostat à pastilles ;

3° D'un interrupteur destiné à interrompre ou à laisser passer le courant de la pile.

4° D'un récepteur téléphonique.

Le principe de ce nouvel acoumètre est le suivant : le son qui sert à faire l'examen de l'acuité auditive conserve une hauteur et un timbre constants ; seule l'intensité varie et cette intensité sonore est mesurée par l'intensité électrique, exprimée en milliampères, qui correspond au son minimum capable d'impressionner l'oreille du sujet examiné (1).

Pour faire fonctionner l'acoumètre, le malade est placé à une distance de deux mètres, mesurée à l'aide d'un double mètre fixé sur l'appareil ; le rhéostat étant au maximum de résistance, le claquement téléphonique n'est point perçu, même par l'oreille saine. Mais à mesure que l'on tourne la poignée du rhéostat, le son, augmentant d'intensité, arrive à être perçu : on note alors l'indication du milliampèremètre.

Si, malgré la suppression de toute résistance, le malade n'entendait pas le claquement, on le rapprocherait davantage du récepteur jusqu'au moment où le son serait perçu. On relèverait, en outre du nombre de milliampères passant dans l'appareil, la distance à laquelle se trouve le malade.

L'examen ainsi pratiqué permettra de rendre comparables entre elles toutes les observations et aussi celles faites sur un même malade à des époques différentes.

Les récepteurs téléphoniques des mêmes fabricants étant

(1) Cet appareil a été construit par M. Chardin, de Paris.

sensiblement les mêmes, on aura de cette manière un appareil qui pourrait, croyons-nous, rendre pratiques et précis les examens de l'acuité auditive.

La Société décide de mettre à l'ordre du jour pour 1896 les questions suivantes :

Traitement des vertiges labyrinthiques. — M. Gellé, rapporteur.

Traitement des végétations adénoïdes. — M. Helme, rapporteur.

Traitement des papillomes diffus du larynx. — M. Poyet, rapporteur.

La session est close.

Le secrétaire général,
Dr Joal.



TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Pages.

Bordeaux. — Imp. Demachy, Pech et Cie, 16, rue Cabirol.